



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE
NÍVEL MESTRADO



FABRÍCIO NICÁCIO FERREIRA

CONHECIMENTO E USOS DE PLANTAS MEDICINAIS E SUAS
INTERCONEXÕES COM A SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ARAUÁ/SE

SÃO CRISTÓVÃO

2017

FABRÍCIO NICÁCIO FERREIRA

**CONHECIMENTO E USOS DE PLANTAS MEDICINAIS E SUAS
INTERCONEXÕES COM A SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ARAUÁ/SE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do grau de mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente.

ORIENTADORA: Dra. Laura Jane Gomes

SÃO CRISTÓVÃO

2017

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Ferreira, Fabrício Nicácio

F383c

Conhecimento e usos de plantas medicinais e suas interconexões com a saúde pública do município de Aruá/SE / Fabrício Nicácio Ferreira ; orientadora Laura Jane Gomes. – São Cristóvão, 2017.
141 f. : il.

Dissertação (mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.

O

1. Meio ambiente. 2. Etnobotânica. 3. Biodiversidade. I. Sistema Único de Saúde (Brasil). II. Sergipe. III. Gomes, Laura Jane, orient. IV. Título.

CDU 633.88:614(813.7)

FABRÍCIO NICÁCIO FERREIRA

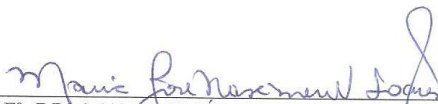
**CONHECIMENTO E USOS DE PLANTAS MEDICINAIS E SUAS
INTERCONEXÕES COM A SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE
ARAUÁ/SE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de
Sergipe como requisito para obtenção do grau de mestre em
Desenvolvimento e Meio Ambiente

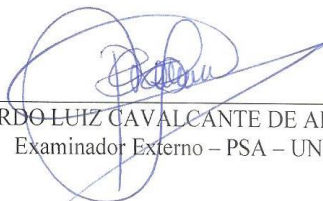
Aprovada em 28 de novembro de 2017



PROF^a. DR^a. LAURA JANE GOMES
Orientadora – DCF e PRODEMA/UFS



PROF^a. DR^a. MARIA JOSÉ NASCIMENTO SOARES
Examinador Interno – DED e PRODEMA/UFS



PROF. DR. RICARDO LUIZ CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE JÚNIOR
Examinador Externo – PSA – UNIT/SE



DR^a. HELOISA THAÍS RODRIGUES DE SOUZA
Examinador Interno – PRODEMA/UFS

SÃO CRISTÓVÃO/SERGIPE

NOVEMBRO/2017

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e
Meio Ambiente.



PROF^a. DR^a. LAURA JANE GOMES

Universidade Federal de Sergipe

É concedido, ao Núcleo responsável pelo Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de Sergipe, a permissão para disponibilizar, reproduzir cópias desta dissertação e emprestar ou vender tais cópias.



Fabrício Nicácio Ferreira – Autor

Universidade Federal de Sergipe



PROF.ª. DR.ª. LAURA JANE GOMES

Universidade Federal de Sergipe

Dedico este trabalho aos meus familiares e amigos que sempre estiveram ao meu lado em todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

O tempo nos revela inúmeras sensações e aprendizados que são essenciais para o processo de crescimento pessoal e intelectual. Durante esse percurso conhecemos pessoas, ampliamos nossas amizades, nos distanciamos de outras por seguirem outros caminhos, e nos deparamos com vários desafios que pensamos não superar. A conquista não é individual é fruto do apoio e compreensão de pessoas que nos ajudaram nesse processo. Assim, não poderia deixar meus agradecimentos:

A Deus que me fortaleceu nos momentos em que o desânimo aparecia em minha mente.

Aos meus pais pelo dom da vida, em especial a minha mãe Maria Barbosa Nicácio que sempre me incentivou nos estudos e fez o que estava a seu alcance.

A meus irmãos, sobrinhos, tios e tias, meus avós maternos (in memoriam) a meu avô (in memoriam) e a minha avó paterna que mesmo longe sei que estava na torcida por mim.

Aos professores do PRODEMA-UFS que proporcionaram-me novos aprendizados e contribuíram para obtenção do conhecimento científico. Em especial ao professor Dr. Josemar Senna pelas experiências compartilhadas, a professora Dra. Maria José Nascimento Soares pessoa com um coração enorme que me apoiou no momento em que mais precisava, sem você não conseguiria realizar mais essa conquista e a minha orientadora professora Dra. Laura Jane Gomes, a qual considero como uma grande amiga que se dispôs a seguir comigo em um caminho interdisciplinar para a concretização deste sonho.

A minha orientanda do PIBIC Roqueline Lins pela colaboração na coleta das plantas medicinais nas comunidades rurais, foi muito bom ampliar meus conhecimentos com você. Ao pessoal do herbário da Universidade Federal de Sergipe – ASE.

Aos meus amigos da Turma PRODEMA-UFS 2016, em especial a Jonielton Dantas, Josefa Rose, Adélia, Elenaldo Júnior e Eliane que colaboraram com meu crescimento pessoal e apoiaram-me frente as minhas decisões.

Aos meus amigos da graduação, os de infância, e àqueles que conheci como José Luis, você sabe quanto foi difícil percorrer este caminho e quantas barreiras tive que ultrapassar, desde já meu muito obrigado pelas conversas, momentos de escuta e palavras de apoio. Bem como aos professores Dr. José Ronaldo e Francisco Klank pelo incentivo.

Por fim, agradeço também aos gestores da secretaria de saúde de Arauá-SE e aos colaboradores que participaram do estudo, assim como aqueles que de forma direta e indiretamente contribuíram para que eu pudesse concluir mais uma etapa em minha vida.

Um forte abraço a todos vocês.

RESUMO

O Brasil é considerado um país megabiodiverso pois possui fauna e flora inigualável. Os primeiros povos que aqui habitavam, já utilizavam dessa riqueza como parte integrante de sua prática cotidiana, para sua alimentação e/ou como meio terapêutico no tratamento de doenças. O estudo objetivou analisar as interconexões do saber e uso popular de plantas medicinais com propriedades terapêuticas e a melhoria da saúde pública do município de Arauá-SE. Especificamente se propôs a descrever o conhecimento dos “fármacos-natural” das comunidades rurais sobre as plantas medicinais utilizadas para o tratamento de doenças; elencar as espécies vegetais existentes e utilizadas em comunidades rurais do município de Arauá/SE, sua forma de preparo, uso e meio de cultivo e confrontá-las com os já estabelecidos na literatura; identificar a existência de aplicação do uso das plantas medicinais no sistema de saúde pública local frente a relação de saberes entre “fármacos-natural” e profissionais de saúde; e analisar, sob a ótica dos atores envolvidos, os benefícios e desafios quanto ao diálogo entre os saberes popular e científico. Para atender aos objetivos optou-se pela pesquisa de natureza quanti-qualitativa com abordagem descritiva e exploratória. A investigação foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com “fármacos-natural” residentes em quatro povoados que integram a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família II do município, como também profissionais de saúde. Os dados quantitativos foram sistematizados em programa de computador Microsoft Excel versão 2010 e encontram-se expressos em figuras e tabelas de modo a representar as informações coletadas no campo empírico. Quanto as informações qualitativas foram interpretadas pelo método Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Observou-se que a alfavaca grossa ou hortelã graúdo (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) se destacou entre as plantas medicinais e apresentou maior evidência no CUP (66,6%) e também recebeu o maior valor de uso. Das 43 etnoespécies identificadas, estão distribuídas em exóticas (39,5%), nativas do Brasil (32,5%) e naturalizadas (28%), respectivamente. O none (*Morinda citrifolia* L.) e a arruda (*Ruta graveiles* L.) obtiveram um maior número de indicações de usos (n.5), em seguida o mastruz (*Dysphania ambrosioides*), a canela (*Cryptocarya subcorymbosa*), o picão (*Bidens pilosa* L.), e a alfavaca grossa (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) com (n.4) indicações. Em relação a importância relativa (IR), a etnoespécie arruda (*Ruta graveiles* L.) obteve a maior frequência (2), seguido pela canela (*Cryptocarya subcorymbosa*) e a alfavaca grossa (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) com 1,8% o que revela uma maior versatilidade destas etnoespécies. Em relação à pesquisa com o Agentes Comunitários de Saúde (ACS), constatou-se que embora relatem possuir conhecimentos sobre as políticas públicas de saúde, mais especificamente da política nacional de práticas integrativas e complementares nota-se uma superficialidade nos discursos. Mesmo assim, alguns destes profissionais (80%) expõem-se a riscos, utilizam e indicam no momento da visita domiciliar plantas medicinais a população de sua microárea que também ficam expostas a agravos a saúde.

Palavras-chave: Etnobotânica. Biodiversidade. Fármaco-natural. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Brazil is considered a mega-biodiverse country because it has a unique fauna and flora. The first population who inhabited it, has already used this wealth as an integral part of their daily practice, for their food and / or as a therapeutic means in the treatment of diseases. The study aimed to analyze the interconnections of knowledge and popular use of medicinal plants with therapeutic properties and the improvement of public health in the city of Arauá-SE. Specifically it proposed to describe the knowledge of the "natural drugs" of the rural communities on the medicinal plants used for the treatment of diseases; to list the existing plant species and the use them in rural communities in the municipality of Arauá / SE, their form of preparation, the use and way of growing and to compare them with those already established in the literature; to identify the existence of application of the use of medicinal plants in the local public health system against the relation of knowledge between "natural drugs" and health professionals; and analyze, from the perspective of the actors involved, the benefits and challenges of the dialogue between popular and scientific knowledge. In order to meet the objectives, we opted for quantitative-qualitative research with a descriptive and exploratory approach. The research was carried out through semi-structured interviews with "natural drugs" residing in four villages that are part of the area covered by the Family Health Strategy II of the municipality, as well as health professionals. The quantitative data were systematized in Microsoft Excel version 2010 computer program and are expressed in figures and tables in order to represent the information collected in the empirical field. The qualitative information was interpreted using the Collective Subject Discourse (CSD) method. It was observed that the large mint or thick basil (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) stood out among the medicinal plants and presented greater evidence in CUP (66.6%) and also received the highest value in use. The 43 ethnospecies identified, are distributed in exotic (39.5%), native Brazilian (32.5%) and naturalized (28%), respectively. None (*Morinda citrifolia* L.) and rue (*Ruta graveiiles* L.) obtained a greater number of indications of uses (n.5), then mastruz (*Dysphania ambrosioides*), cinnamon (*Cryptocarya subcorymbosa*), picao (*Bidens pilosa* L.), and the thick basil (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) with (n.4) indications. In relation to the relative importance (RI), rue ethnospecies (*Ruta graveiiles* L.) obtained the highest frequency (2), followed by cinnamon (*Cryptocarya subcorymbosa*) and thick basil (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) with (1, 8%) which reveals a greater versatility of these ethnospecies. Regarding the research with the Community Health Agents (CHA), it was observed that although they report having knowledge about public health policies, more specifically the national policy of integrative and complementary practices, there is a superficiality in the speeches. Even so, some of these professionals (80%) are exposed to risks, use and indicate at the time of the home visit medicinal plants to the population of their micro-area that are also exposed to health problems.

Keywords: Ethnobotany. Biodiversity. Natural drug. Health Unic System.

RESUMEN

Brasil es un país megadiverso puesto que posee fauna y flora inigualable. Los primeros pueblos que aquí habitaban ya utilizaban de esta riqueza como parte integrante de su práctica cotidiana, para su alimentación y/o como terapia en el tratamiento de enfermedades. El estudio objetivó analizar las interconexiones del saber y uso popular de plantas medicinales con propiedades terapéuticas y la mejoría de la salud pública del municipio de *Araúá-SE*. En específico se propuso describir el conocimiento de los *Fármacos-Natural* de las comunidades rurales acerca de las plantas medicinales utilizadas para el tratamiento de enfermedades; listar las especies vegetales existentes y utilizadas en comunidades rurales del municipio de *Araúá/SE*, su modo de preparación, uso y medio de cultivo y confrontarlas con los ya establecidos en la literatura; identificar la existencia de aplicación del uso de las plantas medicinales en el sistema de salud pública local frente a la relación de saberes entre fármacos naturales y profesionales de salud; y analizar, bajo la óptica de los actores involucrados, los beneficios y desafíos en cuanto al dialogo entre los saberes popular y científico. A fin de atender a los objetivos se ha optado por la investigación de naturaleza cuanti-cualitativa con enfoque descriptivo y exploratorio. La investigación se realizó mediante entrevistas semiestructuradas con *Fármacos-Natural* moradores de cuatro pueblos que integran el área de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia II del municipio, así como los profesionales de salud. Los datos cuantitativos fueron sistematizados en el *software* Microsoft Excel versión 2010 y se encuentran expresos en figuras y tablas de modo a demostrar las informaciones recogidas en el campo empírico. En cuanto a las informaciones cualitativas, fueron interpretadas por el método Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Se observó que el orégano brujo (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) se destacó entre las plantas medicinales y presentó mayor evidencia en el CUP (66,6%). Además, recibió el mayor valor de uso. Las 43 etnoespecies identificadas se distribuyen en exóticas (39,5%), nativas de Brasil (32,5%) y naturalizadas (28%), respectivamente. El noni (*Morinda citrifolia* L.) y la ruda (*Ruta graveiiles* L.) obtuvieron el mayor número de indicaciones de usos (n.5), en seguida el *mastruz* (*Dysphania ambrosioides*), la canela (*Cryptocarya subcorymbosa*), el picón (*Bidens pilosa* L.) y el orégano brujo (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) con (n.4) indicaciones. Con relación a la importancia relativa (IR), la etnoespecie ruda obtuvo la frecuencia más alta (2), seguido por la canela y el orégano brujo con (1,8%), lo que demuestra una mayor versatilidad de estas etnoespecies. En cuanto a la investigación con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), se constató que, aunque relatan poseer conocimientos sobre las políticas públicas de salud, más específicamente de la política nacional de prácticas integrativas y complementarias, se nota una superficialidad en sus discursos. Sin embargo, algunos de estos profesionales (80%) se exponen a riesgos, utilizan e indican plantas medicinales en el momento de la visita domiciliar, a la población de su micro-zona que, además, quedan expuestas a problemas de salud.

Palabras-clave: Etnobotánica. Biodiversidad. Fármaco-natural. Sistema Único de Salud

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Localização da área de estudo.....	53
Figura 02 – Parte (s) utilizada (s) das etnoespécies vegetais para o preparo dos remédios pelos informantes da pesquisa.....	72
Figura 03 – Citações (%) da forma de uso das plantas medicinais em comunidades rurais de Arauá-Se.....	74
Figura 04 – Indicação (%) dos locais de coleta das etnoespécies medicinais por fármacos-natural do etnoconhecimento.....	74
Figura 05 – Citações (%) dos informantes da pesquisa quanto a presença de efeitos colaterais no uso de plantas medicinais.....	75
Figura 06 – Contraindicações (%) autodeclaradas pelos fármacos-natural do etnoconhecimento sobre plantas medicinais.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Espécies de plantas medicinais citadas por dois ou mais informantes. Porcentagem de concordância quanto ao (s) uso (s) principal (is).....	59
Tabela 2 - Lista de etnoespécies botânicas identificadas nas comunidades rurais do município de Arauá-Sergipe.....	63
Tabela 3 - Importância Relativa de etnoespécies botânicas quanto suas indicações terapêuticas e sistemas corporais.....	68

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
ASE	Herbário da Universidade Federal de Sergipe
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Conselho de Ética da Universidade Federal de Sergipe
CEME	Central de Medicamentos
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CUP	Índice de Concordância de Uso
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DESO	Companhia de Saneamento de Sergipe
ESF	Estratégia Saúde da Família
EMDAGRO	Empresa de Desenvolvimento Agropecuário de Sergipe
FN	Fármacos-natural
IR	Importância Relativa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
SEMARH	Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
1.1.1 Contexto evolutivo das plantas medicinais brasileiras do conhecimento popular ao uso terapêutico.....	23
1.1 Breve histórico das plantas medicinais no Brasil.....	23
1.2 Conhecimento popular sobre plantas medicinais: sustentabilidade e conservação ambiental.....	27
1.3 Uso terapêutico de plantas medicinais por fármacos-natural do etnoconhecimento.....	31
1.4 Atenção Primária: espaço público de diálogo e implantação de práticas não convencionais em saúde.....	33
1.5 Plantas medicinais na atenção primária à saúde: aspectos legais.....	34
1.6 Atenção básica à saúde como espaço público de diálogo e compartilhamento de saberes.....	36
1.7 Atenção primária à saúde como ambiente para o desenvolvimento de práticas não convencionais.....	43
1.8 Referências.....	43
CAPÍTULO 2 - CONHECIMENTO E USOS DE PLANTAS MEDICINAIS POR FÁRMACOS-NATURAL DO MUNICÍPIO DE ARAUÁ - SERGIPE.....	51
2.1Resumo.....	51
2.2 Introdução.....	51
2.3 Material e Métodos.....	52
2.3.1 Delimitação da área de estudo.....	53
2.3.2 Critérios metodológicos da pesquisa.....	54
2.4 Resultados e discussão	57
2.5 Conclusão.....	80
2.6 Referências.....	81
CAPÍTULO 3 - POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES SOB A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	84
3.1 Resumo.....	84

3.2 Introdução.....	84
3.3 Material e Métodos.....	85
3.4 Resultados e discussão.....	87
3.5 Conclusão.....	95
3.6 Referências.....	96
APÊNDICE A – Termo de livre consentimento esclarecido	98
APÊNDICE B – Formulário da entrevista semiestruturada	99
APÊNDICE C – Etnoespécies medicinais.....	105
APÊNDICE D – Carta de anuência.....	112
APÊNDICE E – Instrumento de coleta do material botânico	113
APÊNDICE F – Catálogo de plantas medicinais das comunidades rurais do município de Arauá-SE.....	114
ANEXO I.....	128
ANEXO II.....	138
ANEXO III.....	139

INTRODUÇÃO

Em todo território brasileiro existem espécies de plantas que são utilizadas pela população para fins medicinais. Assim, o interesse no estudo partiu da inquietação quanto as questões socioambientais relacionadas a preservação do conhecimento popular e de como este saber pode dialogar com a conservação ambiental da flora brasileira, além de contribuir diretamente na relação paciente e profissional de saúde nas diversas formas de cuidados terapêuticos não farmacológicos que podem ser complementares no tratamento de doenças.

Destaca-se assim, que é imprescindível o respeito ao etnoconhecimento por se tratar de uma herança cultural deixada pelos antepassados e transmitida ao longo de gerações. Além disso, em algumas partes do mundo, o uso de plantas medicinais no tratamento de doenças é considerado uma prática milenar. Entende-se que estudos desses conhecimentos e usos poderão contribuir notoriamente ao desenvolvimento de pesquisas voltadas para a busca de propriedades medicinais da flora brasileira.

Para fundamentar as discussões acerca das plantas medicinais no tratamento de doenças, Jorge (2009), ratifica que a introdução das plantas com uso medicinal existe há milhares de anos em países como a China e Índia.

No Brasil é considerada uma herança dos povos indígenas que aqui habitavam antes da colonização portuguesa, aliado ao conhecimento trazido pelos povos africanos que chegaram como escravos. O conhecimento e uso das plantas adquirido por meio de conversas e trocas de informações foram essenciais para descoberta de novas espécies da flora que contribuíram para o que hoje denomina-se Medicina Tradicional.

Por sua vez, o conhecimento científico adquirido por meio da comunicação entre cientistas e populações foram e ainda são a base da produção de centenas de fármacos sintéticos e outros produtos existentes na indústria farmacêutica brasileira. Segundo Jorge (2009), o uso demasiado de plantas sem real comprovação científica pode levar a comunidade ao consumo de plantas medicinais em dosagens e formas não recomendadas pelo Ministério da Saúde, o que pode gerar danos e agravos por vezes irreversíveis.

Para Santos *et al* (2009) as trocas de saberes entre os primeiros povos indígenas que utilizavam produtos da natureza para o tratamento de doenças com os colonizadores proporcionaram que naturalistas da época colonial realizassem estudos com ênfase para o real conhecimento das propriedades das espécies vegetais da flora brasileira, considerados até os

dias atuais como o ponto de partida quanto ao desenvolvimento científico nesta área de conhecimento.

É observado também, que essa realidade expressa não só a troca de conhecimentos, mas valores em relação a herança social e cultural dos povos. Nos dias atuais, no Brasil, dentre os espaços de diálogos popular, conhecimento científico e políticas públicas, estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que integram a rede primária de atenção, e são consideradas portas de entrada ao primeiro nível de assistência à saúde. É nesse ambiente, que o envolvimento entre “fármacos-natural”¹ e profissionais de saúde podem dialogar entre si e reafirmar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que é a participação social. Este consiste no envolvimento social de atores nas discussões da prática e cuidado terapêutico em saúde como estabelecido em leis brasileiras.

Sobre esta questão, um dos marcos para saúde pública nacional está instituído na Constituição Federal de 1988 (BRASIL,1988) em seus artigos 194 a 200 que garante em lei, a saúde como direito de todo cidadão brasileiro e ratifica o dever do Estado para o cumprimento de políticas públicas que proporcionem o acesso a saúde de qualidade em consonância com os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade. Em 1990, os direitos adquiridos na Constituição Federal foram regulamentados pela Lei nº. 8080 (BRASIL, 1990) que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

O dever do Estado em garantir a saúde de qualidade não destitui o da família, da pessoa, e de toda sociedade, tendo estes atores do seu próprio cuidado em busca de políticas públicas que fortaleçam o SUS. Em meio as políticas públicas de saúde conquistadas por meio do reconhecimento e debates públicos envolvendo a sociedade civil está a Política de Práticas Integrativas e Complementares instituída pela portaria interministerial nº. 971/2006 (BRASIL, 2006) que estabelece a implantação nos serviços públicos de saúde, precisamente da atenção primária práticas terapêuticas não convencionais como a massoterapia, homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, crenoterapia e a fitoterapia.

Para Brasil (2006, p.24), existem princípios referentes a práticas não convencionais em saúde, a saber:

1. Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, na perspectiva da prevenção de agravos e da

¹ O termo “fármaco-natural”, é um conceito elaborado pelo próprio autor deste trabalho e está empregado como o indivíduo que manipula plantas extraídas do meio ambiente para “curar” doenças, ou seja uma espécie de curandeiro que trata da saúde manuseando elementos da natureza.

- promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
2. Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
 3. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades e;
 4. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006, p.24)

Neste sentido, a atenção primária a saúde proporciona um espaço de interação entre usuários e profissionais com ênfase no diálogo, envolvimento social e o aumento do índice de resolução de problemas relacionados a saúde, que por meio de atividades não farmacológicas introduzidas no SUS busca a promoção, proteção e recuperação de agravos. Cabe destacar, que esses princípios foram fruto de inúmeras lutas de movimentos sociais em busca da legitimidade dos seus direitos com vistas aos diferentes aspectos ambientais, econômicos, sociais, políticos e de saúde. Evidencia-se também, que o saber popular obteve ênfase nesta política de saúde, como pode ser observado na introdução da fitoterapia e das questões ambientais como meio alternativo terapêutico (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Entre os grupos que utilizam práticas alternativas em saúde estão as comunidades rurais que possuem também conhecimentos e saberes quanto a utilização de plantas da flora local para o tratamento e/ou prevenção de agravos à saúde. Entretanto, pode-se observar que estudos relacionados a aplicação dessa alternativa de cuidado concentram-se nas comunidades reconhecidas como tradicionais, por exemplo comunidades quilombolas, extrativistas, comunidades indígenas e outras. Neste sentido, é imprescindível a realização imediata de estudos voltados ao registro do etnoconhecimento de comunidades rurais como meio de resgate e registro do conhecimento local quanto aos saberes relacionados ao uso de plantas medicinais, forma de coleta, forma de preparo e consumo.

Além disso, nota-se atualmente uma mudança de paradigma frente a relação saúde e ambiente, em que as questões relacionadas ao meio ambiente foram introduzidas nas políticas públicas de saúde, como também foram integralizadas em seus valores e princípios, dentre eles estão a: “[...] corresponsabilização na utilização dos produtos naturais de forma sustentável e a valorização de saberes, práticas populares e tradicionais e as práticas não convencionais em saúde” (BRASIL, 2015, p.11).

Nesse contexto, esta pesquisa é importante não só para ampliação da produção científica acerca do uso de espécies vegetais com propriedades medicinais pela população rural, mas por ser o primeiro estudo relacionado a temática realizado no município de Arauá/SE, abordando inclusive as questões relacionadas às políticas públicas de saúde. Apresenta relevância quanto aos membros da comunidade pelas trocas de saberes entre os profissionais de saúde e a população rural.

Para o pesquisador, ex-coordenador da Atenção Básica à Saúde (ABS) do município de Arauá, o estudo garante uma série de discussões, visto que enquanto servidor do município foi observado durante as visitas técnicas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) a presença da utilização de produtos advindos da natureza pelas populações rurais. Observou-se *in loco* o uso das plantas, nativas e/ou cultivadas como meio alternativo no tratamento ou prevenção de doenças do cotidiano, mesmo não havendo nas comunidades rurais a implantação de farmácias – vivas. Vale salientar que existem lacunas no que se refere ao uso racional e seguro desses produtos como estabelecido na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), embora já se tenha motivado os servidores da saúde municipal com cursos e capacitações relacionadas a essa temática.

Desse modo, a pesquisa apresenta como hipótese que existe um espaço de diálogo entre os profissionais de saúde e a população local que proporciona a troca de saberes sobre a utilização de forma segura de produtos naturais, mais especificamente o uso de plantas medicinais como alternativa de cuidado. Essa interação entre conhecimento empírico e o conhecimento científico, em um espaço fomentado pelas políticas públicas de saúde, estão proporcionando melhorias na qualidade do cuidado a saúde da população do município de Arauá/SE.

O presente estudo teve como objetivo geral analisar as interconexões do saber e uso popular de plantas medicinais com propriedades terapêuticas e a melhoria da saúde pública do município de Arauá-SE. Especificamente se propõe a: 1) descrever o conhecimento dos “fármacos-natural” das comunidades rurais sobre as plantas utilizadas para o tratamento de doenças; 2) identificar a existência de aplicação do uso das plantas medicinais no sistema de saúde pública local frente a relação de saberes entre fármacos-natural e profissionais de saúde; 3) analisar, sob a ótica dos atores envolvidos, os benefícios e desafios quanto ao diálogo entre os saberes popular e científico.

O estudo aborda inicialmente o referencial teórico. Este faz um panorama das plantas medicinais no Brasil; etnoconhecimento de plantas medicinais; uso terapêutico por fármacos-natural; atenção primária como espaço público de diálogo; aspectos legais no uso de plantas

medicinais e a introdução de práticas não farmacológicas no cuidado em saúde. Em seguida apresenta dois capítulos acerca do objeto de estudo. O primeiro, aborda o conhecimento dos fármacos-natural quanto à utilização de plantas medicinais com potencial terapêutico. Já no segundo artigo, discute e evidencia as percepções dos agentes comunitários de saúde acerca da PNPIC. Por fim, as referências, os apêndices e anexos.

CAPÍTULO 1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 - CONTEXTO EVOLUTIVO DAS PLANTAS MEDICINAIS BRASILEIRAS DO CONHECIMENTO POPULAR AO USO TERAPÊUTICO

A contemplação e apropriação da natureza pelos povos antepassados foi decisiva para o que atualmente conhecemos da flora medicinal brasileira. Neste tópico, apresentam-se conceitos e discussões acerca das plantas medicinais no Brasil em um panorama amplo e reflexivo em busca de conhecimentos que vão desde o breve histórico do uso de plantas medicinais pelos povos primitivos até a atualidade, seus aspectos legais e introdução desta prática nos serviços públicos de saúde, em que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares possui como uma de suas finalidades a legitimação de princípios como a universalidade do acesso à saúde individual e ambiental, bem como a integralidade do cuidado.

1.1.1 Breve histórico das plantas medicinais no Brasil

O Brasil é um dos países com maior biodiversidade do planeta possuindo uma fauna e flora inigualável. As plantas medicinais² fazem parte dessa riqueza natural e são a base para fabricação de fitoterápicos³ e outros medicamentos (BRASIL, 2010). Os primeiros povos que aqui habitavam (primitivos) já utilizavam dessa riqueza como parte integrante de sua prática cotidiana, para sua alimentação e/ou como meio terapêutico no tratamento de doenças prevalentes daquele período.

Segundo Lameira e Pinto (2008), os índios foram os primeiros povos que habitaram no país a observarem a grandiosidade da natureza e extraíam de forma sustentável tudo que ela pudesse oferecer. Dentre os produtos retirados estavam as plantas com uso medicinal que eram frequentemente utilizadas para fins terapêuticos do corpo e do espírito.

² O conceito de plantas medicinais desse trabalho, está de acordo com o definido pela Organização Mundial de Saúde (2003) que determina as plantas medicinais como aquelas cultivadas ou silvestres que possuem finalidade terapêutica independente da parte utilizada.

³ O termo fitoterápico está empregado como medicamentos obtidos a partir de plantas medicinais. E são resultado exclusivamente dos derivados da droga vegetal conforme definido pela Agência Brasileira de Vigilância Sanitária.

Conforme descrito por Gaspar (2016), no Brasil o conhecimento das propriedades das plantas medicinais é uma das maiores heranças da cultura indígena representando, sobretudo um conhecimento empírico sobre a flora brasileira, pois esses povos conviviam em harmonia com a natureza e retiravam somente os componentes essenciais para produção dos remédios que eram usados pelo pajé nos rituais de cura. Neste aspecto Araújo *et al* (2007), revelam que:

[...] o conhecimento sobre as plantas medicinais sempre tem acompanhado a evolução do homem através dos tempos. Remotas civilizações primitivas se aperceberam da existência, ao lado das plantas comestíveis, de outras dotadas de maior ou menor toxicidade que, ao serem experimentadas no combate às doenças, revelaram, embora empiricamente, o seu potencial curativo. Toda essa informação foi sendo, de início, transmitida oralmente às gerações posteriores e depois, com o aparecimento da escrita, passou a ser compilada e guardada como um tesouro precioso (ARAÚJO *et al.*, 2007, p. 45).

Nesse sentido, os nativos foram primordiais para ampliação de conhecimentos sobre as espécies vegetais e suas potencialidades curativas. Com a chegada dos Europeus e o seu processo de colonização houve muitas mortes indígenas, tribos resistentes foram brutalmente eliminadas. No entanto, mesmo com esse processo brutal ocorreram troca de conhecimentos e saberes acerca da utilização dos recursos naturais (JORGE, 2009). Observa-se que as primeiras referências quanto ao manuseio de plantas medicinais por povos não nativos podem ser atribuídas ao Padre José de Anchieta e outros jesuítas que durante o período colonial faziam manipulações com plantas medicinais, sendo estas intituladas receitas botica dos colégios. Os escravos africanos não só adquiriram, como também já possuíam conhecimentos quanto ao uso dos produtos naturais⁴ e a conservação da natureza (LAMEIRA; PINTO, 2008).

Para Carvalho (2004), existiu diferentes formas para escolher as plantas medicinais:

[...] por instinto - a vida do homem primitivo processava-se sob a influência dos instintos de reprodução e de nutrição. Sob influência do instinto de conservação, os homens buscaram alimento substituindo através da caça e da pesca, implementando suas colheitas de frutos, raízes, ervas e sementes, à medida que os encontrava durante as andanças. Aguilhoados pelo sofrimento, é de supor que o passado longínquo, como ainda acontece nos povos afastados pela civilização, o homem, entre estes vegetais, encontrou os remédios que necessitava para o tratamento dos males que o acometia, e se apossou dos segredos curativos das plantas. Com os mesmos mecanismos recusou os vegetais prejudiciais ou perigosos. Observando outros animais – para o animal, quando doente, o curar-se com ervas é coisa tão instintiva como o beber água quando com sede. Assim ao observar os animais o homem primitivo passou a utilizar plantas. Por inspiração divina – em tempos

⁴ Para Carvalho (2004) produto natural é fruto do metabolismo secundário vegetal.

remotos” era comum a citação: “Não foi em vão que Deus proveu a natureza de tão rica e variada flora medicinal” [...], não há dor que não possa ser aliviada nem necessidade que não possa ser provida pelos meios que Deus pôs ao nosso alcance na natureza (CARVALHO, 2004, p.25).

Desse modo, a inteligência dos povos primitivos possibilitou dentro de um processo de observação e contemplação da natureza a descoberta de situações particulares frente a conservação e utilização da riqueza da flora brasileira. Além disso, os próprios colonizadores verificaram a importância do uso das plantas após visualização da utilização em tratamento entre seus pares e como colaboradores para a prevenção e/ou cura de doenças, bem como a seleção e identificação de espécies com propriedades efetivas no cuidado humano. Nesta perspectiva Maciel (2002), corrobora explicitando que:

[...] o conhecimento sobre plantas medicinais simboliza, muitas vezes, o único recurso terapêutico de muitas comunidades e grupos étnicos. As observações populares sobre o uso e a eficácia de plantas medicinais de todo mundo, mantém em voga a prática do consumo de fitoterápicos, tornando válidas as informações terapêuticas que foram sendo acumuladas durante séculos (MACIEL *et al.*, 2002, p. 429).

Assim, no período Colonial a troca de produtos da natureza foi a base econômica da época. Neste mesmo período, ocorria um aumento do número de espécies vegetais da flora brasileira que eram transportadas para Europa, como também outras foram introduzidas em nosso país (JORGE, 2009). Para Firmo *et al* (2011), o processo de comercialização de produtos naturais entre o Brasil e a Europa proporcionou a disseminação de informações quanto a biodiversidade brasileira. Por sua vez, o conhecimento tradicional existente foi imprescindível para o que atualmente é conhecido como Medicina Ocidental. Os autores afirmam que na segunda metade do século XX, houve o aumento do uso de plantas pela população, que buscavam uma abordagem naturalista e efetiva.

Neste cenário, é notável que os colonizadores utilizaram os produtos advindos na natureza para fins comerciais. Com o passar dos anos houve a busca por conhecimentos mais aprofundados pelos pesquisadores quanto as reais potencialidades da flora brasileira. De acordo com Silva (2014) e Carvalho (2004) a utilização de plantas medicinais principalmente como fitoterápicos pode ser considerada um dos meios principais de uso da natureza pelas civilizações em todo o mundo. Por sua vez, pesquisadores voltaram-se a investigação de propriedades curativas das ervas, e todo o conhecimento adquirido ao longo do processo do trabalho

científico perpassou durante milênios e foram aprofundados e/ou diversificados, nunca, porém, sem serem totalmente esquecidos.

De acordo com Veigas *et al* (2006), é válido destacar que após a segunda Guerra Mundial ocorreram mudanças quanto ao desenvolvimento tecnológico que se alastrou por todo país, bem como os conhecimentos científicos voltaram-se para pesquisas na descoberta de propriedades sintéticas, deixando-se de lado as investigações com produtos naturais. Camurça-Vasconcelos *et al* (2005), afirmam que não durou muito tempo para que o retorno das pesquisas envolvendo plantas medicinais fossem reestabelecidas, fato este atribuído a Organização Mundial de Saúde (OMS), que defendia a utilização de fitoterápicos e a preservação dos conhecimentos locais transmitidos oralmente de geração a geração.

Além desses aspectos, segundo Fioravanti (2010), em um levantamento realizado por 575 botânicos brasileiros e de outros países em respeito à diversidade de plantas, concluíram que o Brasil é considerado o principal país com maior riqueza de plantas no mundo registrando aproximadamente 47.000 espécies. Para o autor este número não irá parar de crescer visto outros estudos realizados anualmente proporcionam novas descobertas de espécies.

Em conformidade com o pensamento de Morin (2005), uma das formas de superioridade do homem é a dominação da natureza, que por meio da observação revelou inúmeros segredos acerca da flora, por outro lado as ciências como a física passou a trata-la em um universo voltado a simplificação e redução, sendo que não considerava a relação homem natureza, mas sim ambos isoladamente.

Para entendimento de Firmo *et al* (2011), é notável também, que no meio científico as pesquisas envolvendo plantas medicinais ou subprodutos delas cresceram ao longo dos anos, principalmente as relacionadas a etnobotânica e etnofarmacologia. No entanto, vale salientar a importância para uso sustentável do meio natural por todos aqueles que utilizam de sua riqueza, principalmente países em desenvolvimento.

Neste sentido, Liporacci *et al* (2017) evidenciam que no Brasil a ocorrência de estudos científicos nestas áreas do conhecimento é pelo fato de que os centros de pesquisa estão localizados em sua grande maioria nas comunidades rurais do nordeste brasileiro o que auxilia no desenvolvimento de estudos específicos para o bioma caatinga e em alguns casos a mata atlântica, principalmente no uso de plantas medicinais pela população rural mesmo existindo nesses ambientes uma vasta vegetação heterogênea.

1.2 - Conhecimento popular sobre plantas medicinais: sustentabilidade e conservação ambiental

Ao longo do tempo, a humanidade adquiriu conhecimentos essenciais para vivermos em sociedade, e por meio de um processo de comunicação, buscamos interagir com o meio natural. Assim, segundo Fonseca (2002), o homem procura:

[...] interpretar o universo a partir das referências sociais e culturais do meio em que vive. Apropria-se do conhecimento através das sensações, que os seres e os fenômenos lhe transmitem. A partir dessas sensações elabora representações. Contudo essas representações, não constituem o objeto real. O objeto real existe independentemente de o homem o conhecer ou não. O conhecimento humano é na sua essência um esforço para resolver contradições, entre as representações do objeto e a realidade do mesmo. Assim, o conhecimento, dependendo da forma pela qual se chega a essa representação, pode ser classificado de popular (senso comum), teológico, mítico, filosófico e científico (FONSECA, 2002, p.10).

Por sua vez, o conhecimento empírico não possui valor inferior a qualquer outro tipo de conhecimento estabelecido. Segundo Tartuce (2006), pode ser definido como o conhecimento adquirido das experiências com outros atores sociais, que por meio de ações independentes e vivências cotidianas trocam informações sem intenção de atingir um objetivo. Desse modo, o conhecimento etnobotânico para Martins *et al.* (2005, p.21), “[...] analisa e estuda as informações populares que o homem tem sobre o uso das plantas. Através dela que se mostra o perfil de uma comunidade, pois cada comunidade tem seus costumes e peculiaridades, visando extrair informações que possam ser benéficas sobre usos de plantas medicinais”.

Diante do exposto, um marco para disseminação de conhecimentos é a cultura dos povos, principalmente das populações nativas que aqui existiam e foram relevantes para a descoberta de novas espécies e ampliação dos estudos (LAMEIRA; PINTO, 2008). Outro aspecto é a relação homem natureza que ao passar dos anos tem assumido diferentes vertentes, dentre as quais estão o racionalismo e a objetivação (SOUZA, 2016).

Neste sentido, o homem racional encontra na natureza o meio exploratório e econômico, e dentro desta perspectiva Santos (1994), complementa afirmando que:

[...] a história do homem sobre a terra é a história de uma ruptura progressiva entre o homem e o seu entorno. Esse processo se acelera quando, praticamente ao mesmo tempo, o homem se descobre como indivíduo e inicia a

mecanização do Planeta, armando-se de novos instrumentos para tentar dominá-la. A natureza artificializada marca uma grande mudança na história humana da natureza (SANTOS, 1994, p.17).

Nas palavras de Souza (2016), estamos vivenciando uma crise paradigmática, pois a cultura do sistema capitalista envolve o ser humano de tal forma que este busca a apropriação da natureza para garantir um meio de retorno imediato e lucrativo. Por outro lado, essa exploração inadequada pode ser um fator contribuinte para que haja a destruição do meio ambiente e conseqüentemente desaparecimento da vida humana.

Para ampliar as discussões Hoeffel *et al.* (2011), afirmam que a cultura tradicional envolve:

[...] ideias sofisticadas de saúde e bem-estar. E para muitas culturas saúde não é a mera ausência de doença. Saúde é um estado de equilíbrio espiritual, de convivência comunitária e ecológica, o que explica provavelmente a inclusão em sistemas de cura tanto de remédios para cura física, quanto para a melhoria e fortalecimento do bem-estar. Além disto, em algumas culturas a escolha por um tratamento é frequentemente explicada por esta complexa compreensão de saúde e das prováveis causas da doença. Plantas e medicamentos podem ser efetivos não apenas em função de sua ação farmacológica, mas em função do significado cultural que lhes é atribuído (HOEFFEL *et al.*, 2011, p.4).

A compreensão de saúde nos leva a diferentes caminhos. Visto que as várias culturas possuem características peculiares, muitas acreditam que a saúde é apenas a ausência de doenças como defendido pelo modelo hegemônico. Por outro lado, outros povos compreendem e eleva o grau de entendimento sobre sua definição partindo-se, do bem-estar físico, mental, social, envolvendo também as questões espirituais e ambientais, tendo sobretudo a integralidade do cuidado como ponto de partida. Hoeffel *et al.* (2011) expõem ainda que as plantas medicinais fazem parte de todo esse processo sendo uma das principais alternativas no tratamento e/ou cura de agravos a saúde.

Assim, as plantas medicinais fazem parte da cultura brasileira, principalmente das populações rurais que se encontram mais envolvidas com a natureza. Essa que a cerca contribui para que mediante a técnica os “fármacos-natural” do etnoconhecimento possam aplicar os saberes herdados pelos seus antepassados. Sejam eles pelo plantio das espécies vegetais em locais apropriados bem como o manuseio, preparo, utilização e prescrição dos remédios.

Para Spagnuola e Baldob (2009) as populações sem acesso aos serviços básicos da atenção farmacêutica, buscam alternativas para manutenção ou cura de doenças por meio do

uso das plantas medicinais. Os autores afirmam que é necessário agregar a esse saber evidências científicas para garantia da qualidade e segurança dos produtos naturais consumidos. Destacam ainda que uma das principais terapêuticas utilizadas atualmente pela população é a fitoterapia.

Nesta perspectiva outro fator importante é a apropriação do homem com o que denomina de território. Que conforme Santos (2002), pode ser definido como:

[...] conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer aquilo que nos pertencem. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (SANTOS, 2002, p.10).

Destarte, a história da relação entre homem e meio ambiente, vem ao longo dos anos sofrendo bruscas transformações, inicialmente no cenário primitivo havia a contemplação e observação da natureza, mas ao longo dos anos os conhecimentos adquiridos no meio científico voltaram-se para um olhar meramente experimental deixando-se de lado a comunicação entre “fármacos-natural” do conhecimento popular e cientistas. Como expõe Souza (2016, p.59) “[...] da construção histórica da relação sociedade e natureza, em meio ao sistema capitalista, emerge a crise ambiental e com o intuito de conter esse avanço busca-se uma outra vertente voltada a conservação ambiental e ao desenvolvimento sustentável”.

Assis (2000), expressa suas considerações conceituando o desenvolvimento sustentável como uma interação existente entre bem-estar da civilização com os aspectos da qualidade de vida humana, ocorridos em tempo presente e futuro. Neste sentido, o autor destaca também como tripé para o desenvolvimento sustentável o meio ambiente, a sociedade, e aspectos econômicos financeiros.

Na visão de Batista e Albuquerque (2007), para atingir o desenvolvimento sustentável de forma concreta a humanidade deve vencer barreiras e romper paradigmas que o coloca como algo meramente imaginário. Por sua vez, a sociedade atual deve estar direcionada a uma das maiores esferas globais que é a qualidade de vida, ampliando suas dimensões em busca da construção de um espaço sustentável.

Leef (2005) e Souza (2016), expõem que a mudança de concepções em relação ao desenvolvimento sustentável só será possível por meio de estratégias políticas e princípios de uma gestão democrática. Estas mudanças deverão ser feitas partindo-se primeiramente de uma reforma do Estado cujo foco seja o fortalecimento das organizações sociais.

A necessidade de mudanças quanto ao que se determina como desenvolvimento sustentável é imediata, não se aplica o desenvolvimento relacionando-o com aspectos do crescimento econômico nem tão pouco o sustentável a necessidade do cuidado ambiental para futuras gerações. Neste contexto, a magnitude do desenvolvimento sustentável reflete inúmeros desafios tendo como premissas as questões ambientais, a diminuição das iniquidades, o respeito cultural e a formação de espaços democráticos participativos em prol de modificações do cenário atual.

Neste sentido, Tárrega (2007) tece considerações quanto ao desenvolvimento sustentável, garantindo que ele vai muito além de questões que envolve o crescimento econômico e cuidado ambiental. Seus pilares estão calcados na ideia de equidade social e qualidade de vida, que são consideradas elementares para fundamentar as discussões, assim, como já observado as desigualdades entre os povos proporcionam impactos no meio ambiente. A autora ainda discute, que não se legitima desenvolvimento sustentável sem antes vencer as barreiras das desigualdades sociais, só dessa forma os impactos ocasionados pela civilização, principalmente aquela menos favorecida minimizariam as pressões sobre o uso sustentável e equânime dos recursos naturais.

E nesse contexto, torna-se essencial segundo Montibeller-Filho (2001), ampliar o entendimento quanto ao desenvolvimento sustentável:

[...] é desenvolvimento porque não se reduz a um simples crescimento quantitativo; pelo contrário, faz intervir a qualidade das relações humanas com o ambiente natural, e a necessidade de conciliar a evolução dos valores socioculturais com rejeição de todo processo que leva à deculturação. É sustentável porque deve responder à equidade intrageracional e intergeracional (MONTIBILLER-FILHO, 2001, p.48).

Por sua vez, Sachs (2004), nos traz diferentes dimensões para o desenvolvimento sustentável bem como sustentabilidade econômica (realizar os devidos investimentos necessários tendo como elementar a gestão dos recursos públicos e privados), social (envolver a população em uma sociedade justa cujo processo seja orientado em aspectos sociais) espacial (busca pelo equilíbrio para melhor distribuição territorial de assentamento humano e atividade econômica, cultural (respeito as especificidades de cada cultura e local), e ecológica (intensifica o uso dos recursos potenciais dos ecossistemas). É possível inferir que essas dimensões favorecem e direcionam para uma contextualização acerca dos pilares para o desenvolvimento sustentável. Outro fator apresentado é que só será possível a sustentabilidade quando todas as dimensões forem envolvidas principalmente na prática cotidiana da sociedade atual. Assim,

estaremos sendo corresponsáveis para que outras gerações possam desfrutar de uma civilização sustentável frente ao seu papel socioambiental.

Dessa maneira, outra questão que merece destaque é a conservação ambiental e neste sentido, Pinheiro e Kury (2008), ressaltam o modo de vida e o consumo da civilização humana como fator preocupante, já que se traduz na extração dos recursos naturais, na sua transformação em objetos de valor e descarte do que não lhes é útil. Nesta linha de raciocínio os autores afirmam também que o modelo de produção atual é horizontal, no entanto ressaltam que em diferentes ecossistemas o que é resíduo para um é meio de sobrevivência para o outro, elevando o grau de interdependência entre todos os seres. Assim expressa-se um dos principais desafios em relação a conservação ambiental que é abrir um espaço nas convenções nacionais e internacionais antes que os desequilíbrios naturais venham a acontecer para realizar ações voltadas a prevenção e/ou precaução de entraves.

Por outro lado, existe também uma preocupação por parte da sociedade, que antes voltava-se a preservação de espécies vegetais que se encontravam em risco de extinção, no entanto com o esclarecimentos e debates em relação a conservação ambiental, nota-se uma iniciativa da sociedade a conservar todas as espécies que por qualquer motivo possa correr risco de desaparecer. Assim, este paradigma emergente exercerá um papel essencial quanto a valorização de saberes, o envolvimento social, a conservação da fauna e flora, como também a defesa ao desenvolvimento sustentável.

Neste sentido, destaca-se o respeito aos aspectos culturais deixados pelos antepassados, que devem ser considerados pelo meio acadêmico científico como iniciativa para o cuidado ao meio ambiente e o consumo de suas riquezas vegetais de forma sustentável.

1.3 - Uso terapêutico da flora medicinal por detentores do conhecimento

Existem diversas denominações nos estudos etnobotânicos para definir detentores do conhecimento. Albuquerque et al (2010), trata essas pessoas como especialistas; Silva (2016) expõe que são guardiões do etnoconhecimento; outros estudos destacam esses indivíduos são informantes chave, ou informante principal, além de diversas nomenclaturas como benzedeiros, raizeiros, dentre outras. Observa-se assim que inexistente um consenso no meio científico para contemplar todas as peculiaridades tradicionais desses povos. Neste estudo fez-se a opção por fármacos-naturais do etnoconhecimento sobre plantas medicinais e está sendo utilizado pela primeira vez com intuito de tentar agregar os diferentes conceitos já existentes.

Esses conhecedores de espécies da flora fazem uso desses produtos na sua alimentação e tratamento de doenças, além desses aspectos prescrevem tipos de tratamento alternativo para outras pessoas que os procuram. De fato, existem inúmeras pessoas residentes em todo território brasileiro que possuem conhecimentos sobre plantas com propriedades medicinais, estes foram adquiridos por seus familiares, ou conversas com outros conhecedores ou por meio de leitura de livros sobre plantas medicinais (UDRY & EIDT, 2015).

No entanto, é importante ressaltar que fazer uso dessa riqueza vegetal em demasia pode proporcionar sérios problemas aos indivíduos, pois cada espécie possui propriedades distintas e quando consumidas em conjunto com outras plantas ou em grandes quantidades podem causar danos à saúde e situações inesperadas (JUNIOR, 2005).

Por sua vez, destacam Monteles e Pinheiro (2007), que em inúmeras comunidades brasileiras e mundiais existem pessoas consideradas como detentores do etnoconhecimento, que por não possuírem condições econômicas para realizarem seu tratamento de saúde com medicamentos fabricados pelas indústrias farmacêuticas, acabam indo em busca de outras formas de cuidado observando nas plantas medicinais o único meio alternativo para garantir sua saúde.

Conforme Rodrigues (2004), existem diferentes meios de consumo de plantas medicinais:

[...] banho- faz-se uma infusão ou decocção mais concentrada que deve ser coada e misturada na água do banho. Cataplasma - amassar as ervas frescas e bem limpas, aplicar diretamente sobre a parte afetada ou envolvidas em pano fino ou gaze. Compressa - é uma preparação de uso local (tópico) que atua pela penetração dos princípios ativos através da pele. Decocção - preparação normalmente utilizada para ervas não aromáticas (que contém princípios estáveis ao calor) e para as drogas vegetais constituídas por sementes, raízes, cascas e outras partes da planta na quantidade prescrita de água fervente. Gargarejo - usado para combater afecções da garganta, amigdalite e mau hálito. Inalação - esta preparação utiliza a combinação do vapor de água quente com aroma das substâncias voláteis das plantas aromáticas, é normalmente recomendada para problemas do aparelho respiratório. Maceração - consiste em colocar as partes das plantas imergidas em água, óleo, álcool, por determinado período de tempo. Suco ou sumo – obtém-se espremendo o fruto ou triturando uma planta fresca em um pilão. Xarope – fazendo-se uma calda com açúcar e a planta desejada (RODRIGUES, 2004, p. 23)

Neste sentido, apresenta-se também uma preocupação quando as formas de uso dessas plantas. Cada preparo requer cuidados que vão desde a escolha da planta medicinal pelos

detentores do etnoconhecimento, a colheita das espécies vegetais em boas condições de uso, espaço adequado para secagem das plantas, os objetos para manipulação limpos e livres de qualquer agente nocivo até o volume de ingestão dessas substâncias.

Segundo Ferreira e Pinto (2010), a civilização ainda afirma que todo produto natural pode ser consumido e não causam danos à saúde ou qualquer tipo de efeito indesejado, porém em alguns momentos os benefícios relacionados as plantas medicinais são apenas psicológicos e neste sentido a vulnerabilidade da população no que tange a essa prática faz com que muitas pessoas sejam enganadas quanto ao real benefício dessa terapêutica e acabam comprando plantas sem qualquer efeito cientificamente comprovado.

Desse modo, uma das saídas para modificar essa realidade é a composição de conhecimentos empíricos com aqueles cientificamente comprovados que por meio de pesquisas e análises clínicas podem garantir o uso consciente e adequado desses produtos pelos consumidores. Os autores ainda expressam que todos os envolvidos nesse processo de descoberta tendem a ganhar, pois tanto os detentores do conhecimento tradicional contribuem com seus saberes sobre as plantas para realização de pesquisas como também as indústrias brasileiras ampliam a gama de propriedades e princípios ativos que ainda não foram descobertos ou não possuem comprovações científicas efetivas.

Quanto a esse aspecto, Brasil (2017), evidencia os problemas relacionados ao crescimento desordenado e a imposição humana frente as questões ambientais, visto que muitos ecossistemas estão sendo destruídos gerando impactos na biodiversidade. Ratifica ainda, que a ação antrópica é a principal colaboradora na devastação dos biomas brasileiros, contribuindo assim para que muitas espécies de plantas nem venham a ser identificadas.

Neste sentido, é essencial que os conhecimentos dos “fármacos-natural” sejam preservados. Além disso, esses conhecimentos também devem ser ampliados, pois só através do empoderamento desses atores se estará contribuindo para que estas plantas medicinais sejam utilizadas de modo seguro e consciente com vista a mitigação dos impactos antrópicos que causam prejuízos a biodiversidade.

1.4 - ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESPAÇO PÚBLICO DE DIÁLOGO E IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS NÃO CONVENCIONAIS EM SAÚDE

A ampliação de informações e saberes parte do processo de comunicação amplo e complexo. Assim, os conhecimentos adquiridos ao longo do tempo com os diferentes métodos

não os sobrepõem sobre os demais, mais sim os complementa. E nesse processo percebemos a Atenção Primária à Saúde (APS), como um espaço amplo e aberto para o diálogo e troca de experiências e saberes.

1.5 - Plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde: aspectos legais

Com a criação da Central de Medicamentos (CEME) no ano de 1982 ocorreram mudanças no cenário das pesquisas etnobotânicas brasileiras. Neste sentido, Segundo Sant’Ana e Assad (2004), a CEME foi responsável pela aprovação de pesquisas envolvendo produtos naturais brasileiros, bem como realizava a distribuição dos medicamentos alopáticos para população de baixa renda. Apesar do referido programa ter sido desativado pelo Ministério da Saúde no ano de 1997, quando implementado, expressou um avanço no trabalho envolvendo produtos naturais e no conhecimento científico produzido. Atualmente os medicamentos que podem ser prescritos a população encontram-se na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Um outro marco foi estabelecido com a publicação da Resolução n.º 8 de 1988 (BRASIL, 1988) da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) que garantia a efetivação da fitoterapia nos serviços públicos de saúde, além de orientar os gestores e profissionais, quanto a inclusão desta prática nas ações integradas de saúde, como meio de colaboração à medicina moderna.

As lutas dos movimentos populares pela reforma sanitária brasileira, garantiu o que hoje é considerado um dos melhores planos públicos de assistência à saúde mundial. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e é considerado um dos principais avanços da saúde pública no país uma vez que anteriormente a saúde era direito de poucos, mas especificamente dos trabalhadores com carteira assinada. Foi regulamentado pela lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) que ampliou o conceito de saúde e estabeleceu princípios e diretrizes voltadas a saúde universal desenvolvida por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação (CARVALHO, 2013; BRASIL, 2014).

No mesmo ano, houve também a aprovação pelo congresso nacional da Lei 8142/90 (BRASIL, 1990), que estabeleceu a participação da comunidade nas ações e serviços públicos de saúde, além de determinar os valores mínimos de participação financeira para cada ente federativo. Para Brasil (2010), além desses avanços legais a Política Nacional de Promoção da Saúde, abordou mesmo que timidamente as questões socioambientais como prioridades, entre

as ações a serem desenvolvidas no SUS, com o apoio, reorientação e estímulo dos atores sociais e gestores para juntos buscarem reformas que agregassem a saúde, o meio ambiente e desenvolvimento.

No ano de 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) cujo objetivo é a promoção e proteção da saúde da população intervindo na produção, comércio e consumo de produtos de espécies vegetais e animais. Neste contexto, decorrente das pesquisas realizadas a agência regulamentou plantas nativas e com propriedades medicinais que podem ser utilizadas conforme os princípios da segurança, eficácia e qualidade. A lista de espécies nativas e plantas medicinais pode ser observada no anexo deste trabalho.

A portaria nº. 971 de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006) do Ministério da Saúde, aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no SUS. Tendo em vista, os pilares de segurança, eficácia e qualidade propostos pela OMS quanto ao uso da medicina popular.

Em 2008, por meio da portaria interministerial 2.960 (BRASIL, 2008) do Ministério da Saúde foi aprovado o Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos Brasileiro. Como também, a Comissão Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Entre suas atribuições estavam a ampliação do acesso as plantas e fitoterápicos pela população no SUS para o tratamento ou cura de doenças, além de avaliar as políticas intersetoriais em suas várias dimensões observando seus impactos sobre plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2008).

No ano de 2009, foi publicado a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse para o SUS. Além desses eventos outros ocorreram até o ano de 2014 como ampliação do número de espécies com propriedades medicinais integradas a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no SUS. O apoio de repasses financeiros para implementação da Farmácia Viva local, como também a realização de novas pesquisas na área da etnobotânica, tendo em vista a estruturação e fortalecimento da assistência farmacêutica.

Portanto, muitos foram os desafios que os atores sociais enfrentaram para que ocorressem a inclusão de outras práticas não convencionais de saúde como método de cuidado alternativo. Vale destacar também, que mesmo com todo aparato legal existente, uma pequena parcela dos municípios brasileiros que realizam atividades com esse objetivo e proporcionam a inclusão dos saberes tradicionais como forma de participação social, oferecem formação aos profissionais da saúde pública e os incentivam a adoção e prescrição de práticas não farmacológicas em saúde para o cuidado com vista a qualidade de vida e segurança dos usuários.

Para ratificar tal prática, Júnior (2016), em seu artigo intitulado de práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS, apresenta o trabalho desenvolvido em escolas públicas municipais da zona norte de São Paulo pelos profissionais de saúde que integram a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), este nominado como programa Ambientes Verdes e Saudáveis. O programa visa capacitar os alunos acerca do cultivo de hortaliças para o próprio consumo e prevenção de doenças.

1.6 Atenção Básica à Saúde como espaço público de diálogo e compartilhamento de saberes

A Atenção Básica a Saúde (ABS) é responsável pelo primeiro contato do usuário com o serviço público de saúde e está pautada em princípios como a descentralização, universalidade, equidade e participação social. Caracteriza-se também, por ser a principal porta de entrada e ponto estruturante do processo de comunicação entre toda rede de atenção à saúde sendo responsável pela continuidade do cuidado e construção do vínculo entre profissional de saúde e usuários.

Neste contexto, Brasil (2012, p.19) expõe que:

[...] A atenção básica trata-se de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.19).

Por sua vez, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ser inseridas no espaço local preferencialmente centralizadas no território em que as pessoas moram, trabalham e realizam as suas atividades diárias. Possuem também, um papel fundamental quanto a garantia de acesso a saúde de qualidade, universal e equânime. Para que isso ocorra, cabe ressaltar a importância do financiamento para construção, reforma e ampliação dos espaços físicos, bem como do suporte humano e material necessário para o seu funcionamento (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica reitera a sua importância definindo diretrizes: ter território próprio e adstrito de forma a possibilitar o desenvolvimento de ações em saúde em

âmbito individual e coletivo; permitir o acesso a saúde universal, de qualidade e resolutivos promovendo o acolhimento e possibilitando a corresponsabilização do usuário sobre sua saúde; agrupar os usuários para desenvolver a interação com os profissionais de saúde de modo a ampliar o vínculo e a corresponsabilização; ser responsável pela coordenação da integralidade do acesso a saúde e estimular a participação da população ampliando sua autonomia como meio para construção do cuidado individual e coletivo (BRASIL, 2012).

Considerando esses aspectos, a equipe da ESF é fundamental, pois são responsáveis pelo acolhimento, desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e humanização do cuidado. Assim, os profissionais que compõem a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) são elementares na operacionalização dessas diretrizes pelo desempenho de suas atribuições individuais e coletivas.

Nas palavras de Franco, Silva e Daher (2011), para que ocorra mudanças efetivas no cenário da saúde atual em que a prática profissional expressa em alguns casos o modelo estritamente biomédico, autoritário e coercitivo é preciso ultrapassar barreiras incentivar e dispor aos profissionais de saúde os instrumentos necessários para que possam elaborar estratégias de ação de cuidados compartilhados pautadas no conhecimento popular para uma vida mais saudável e segura.

Neste contexto Guerrero *et al* (2013), afirmam que o acolhimento seria um ponto chave neste processo e possui três diferentes dimensões, a saber:

[...] dimensão dialógica que tem representado um diferencial na atenção básica à saúde. A busca por uma maior integração entre trabalhador e usuário tem implicado na transformação do modelo comunicacional vigente. O acolhimento-postura trata-se de uma manifestação pró-ativa, capaz de fortalecer o vínculo do serviço com os usuários pelo reconhecimento direto dos profissionais, que têm a responsabilidade de cuidar da saúde individual e comunitária. O acolhimento na dimensão reorganização do serviço de saúde, situado em um campo predominantemente gerencial, expressa tanto a organização interna do sistema e da política de atenção à saúde, quanto o exercício de uma participação cidadã junto ao sistema público de saúde (GUERRERO, et al.2013, p. 139).

A mudanças ocorridas na organização do cuidado em saúde contribuiu para qualidade do serviço público oferecido a população. Por sua vez, o acolhimento realizado pelos profissionais da ESF para Brasil (2004), é elementar e pode ser considerado a principal diretriz

para consolidação do modelo de saúde holístico de acordo com as leis brasileiras e a Política Nacional de Humanização.

Nesta perspectiva para Brasil (2006, p.8), o acolhimento é considerado como:

[...] um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006, p. 8).

Outro fator importante são as funções que a ABS deve cumprir para o funcionamento da rede de atenção à saúde, sendo a base para o desenvolvimento de ações e cumprimento de princípios; resolutiva em que se observa riscos potenciais locais e dissemina estratégias clínicas e sanitárias efetivas; responsável pela coordenação do cuidado organizando o fluxo de usuários entre os diferentes níveis de atenção; e ordenação das redes verificando as situações de saúde da população.

Segundo Reis, Silva e Un (2014), as práticas educativas em saúde exigem mecanismos que transcendem as barreiras diárias cujo foco estariam ainda direcionadas ao modelo biomédico de atenção à saúde. Cabe destacar a necessidade imediata de atividades de promoção da saúde e da educação popular como meio para participação social e a integralidade do cuidado.

Os autores ainda expõem que os processos de comunicação na UBS estão sendo cada vez mais difundidos considerando a cidadania consciente com comprometimento de todos os envolvidos nos serviços de saúde profissionais, gestores e população. No entanto, no espaço das salas de espera das UBS são notórios a existência de aspectos sociais e relações de autoridade sendo que este ambiente deveria ser utilizado como espaços públicos de diálogo, solidariedade, e educação transformadora com uma perspectiva individual e coletiva (REIS, SILVA & UN, 2014).

Desse modo, observa-se também a necessidade de mudanças no que diz respeito a esse paradigma. Que evidencia a importância do olhar dos gestores da saúde para apoiar, capacitar e aperfeiçoar seu pessoal para que estes desenvolvam sensibilidade, empatia e criatividade nas suas práticas diárias de acolhimento e possam utilizar deste espaço como um ambiente propício

para realizar atividades de promoção da saúde e empoderamento de usuários para busca de avanços sociais.

Neste aspecto Leff (2009), argumenta que o diálogo de saberes evidencia o encontro de identidades e é definido como:

a entrada do ser constituído por intermédio de sua história até o inédito e o impensado, até uma utopia arraigada no ser e no real, construída a partir dos potenciais da natureza e dos sentidos da cultura. O ser, para além de sua condição existencial geral e genérica, penetra o sentido das identidades coletivas que constituem o crisol da diversidade cultural em uma política da diferença, mobilizando os atores sociais para a construção de estratégias alternativas de reapropriação da natureza em um campo conflitivo de poder, no qual se desdobram sentidos diferenciados e, muitas vezes, antagônicos, na construção de um futuro sustentável (LEFF, 2009, p. 19).

É possível entender que diálogo é considerado uma atividade infinita e não possui ponto de chegada, já que a vida está em constante modificação. Revelam que é necessário desvendar e descobrir o outro e os seus significados expostos nos momentos de diálogos. Nestes, percebemos fragilidades e fortalezas, virtudes e limitações que não aceitamos e que demonstram literalmente a expressão da nossa identidade (LEFF, 2009; LUCA; ANDRADE & SORRENTINO, 2012).

Pode-se afirmar também, que o diálogo é compreendido como uma porta de entrada que colabora para conexões necessárias à construção da identidade pessoal de forma a incentivar a consciência e responsabilidades planetárias que não são um objeto pronto e acabado, mas podem ser consideradas como produtos de reflexões e avaliações da postura individual perante o mundo que o cerca (LUCA, ANDRADE ; SORRENTINO, 2012).

Na concepção de Dantas (2010) esse modelo dialógico:

insere a educação em saúde na perspectiva da participação social e da transformação das condições de vida e saúde, e tem a abertura para o diálogo como eixo norteador de sua prática. A educação em saúde passa a ser não apenas mediadora de saberes entre população e serviços, mas também instrumento da construção de processos participativos voltados à transformação das práticas de saúde (DANTAS, 2010. p.51)

Conforme Albuquerque e Stotz (2004), os profissionais de saúde devem partir da educação popular como meio transformador considerando-a como espaço para incorporar e implementar novas práticas de cuidado. Além disso, proporciona o melhor entendimento das

atividades de saúde desenvolvidas neste nível de atenção percebendo o conhecimento e saber do outro como decorrente de uma construção coletiva. Observando esses aspectos as ações desenvolvidas se aproximam da magnitude da integralidade, assumindo práticas diárias de promoção-prevenção-assistência, o trabalho em equipe e intersetorial.

Neste sentido, Silva (2015), defende uma integralidade prática a ser desenvolvida de forma articulada nos serviços de saúde uma vez que os usuários são tratados de forma especializada e fragmentada não envolvendo o ser humano e o ambiente como um todo e suas especificidades. Além disso, revela-se como um princípio basilar para implementação da universalidade do acesso e equidade no cuidado cujo foco pauta-se nas ações e serviços preventivos e curativos não esquecendo dos assistenciais.

Vale destacar a necessidade de compreensão desse atributo, que no entendimento de Brasil (2015) refere-se a oferta pela equipe de saúde da família de atividades que atendam às necessidades de saúde da população demarcada com vistas a promoção, prevenção, cura, reabilitação e palição, bem como o compromisso em oferecer serviços diferenciados e específicos conforme os seus aspectos biológicos e psicossociais que corroboram ao aparecimento de agravos a saúde.

Outro ponto a evidenciar é a formação do vínculo entre todos os envolvidos no processo de cuidado, que conforme Assis *et al* (2010), para que este seja construído é preciso que se estabeleça laços de confiança pautados nas relações cotidianas. Dessa maneira irá refletir a solidariedade e cooperação entre gestores, profissionais da ESF e usuários do SUS. Ainda sobre esse aspecto os autores revelam que é necessário o conhecimento aprofundado da área de abrangência em que atua para assim estabelecer condições e responsabilidades quanto a adoção de práticas de cuidado efetivas.

Assis *et al.* (2010) complementam ratificando que:

O vínculo guarda uma estreita relação com a capacidade que o outro tem de usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca de sua vida. O estabelecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema estimula o autocuidado e a autonomia da equipe, além de favorecer a participação dos usuários durante a prestação do serviço, contribuindo para o aumento da eficácia das ações de saúde (ASSIS *et al.* 2010, p.123).

Desse modo, uma forma de ampliar o vínculo é por meio da educação popular. Entendida como um método de ensino que enaltece os conhecimentos precedentes de uma população como também suas práticas culturais na elaboração de novos conhecimentos. Além

disso, a educação popular estimula o envolvimento da comunidade para participação dialógica que possibilita uma visão de aspectos sociais, políticos e econômicos da realidade. Difere de educação informal já que garante o empoderamento de atores sociais frente a organização comunitária e a consciência cidadã modificadora do cenário social (MARQUES; AGUIAR; GONÇALVES (2016); FREIRE, (1977).

No entanto Amaral, Pontes e Silva (2014), abordam dificuldades em relação ao desenvolvimento dessa prática na ABS em que muitos profissionais de saúde não se sentem preparados para desempenhar esse tipo de ação uma vez que não foram qualificados. Por outro lado, existem casos em que os únicos funcionários que recebem a qualificação nesta área são os agentes comunitários de saúde por desempenharem suas atividades que os colocam em processo permanente de diálogo e educação em saúde nas comunidades que atuam.

Segundo Coriolano-Marinus *et al* (2014), a existência de novas demandas ocorridas no cenário da saúde brasileira demonstra as fragilidades existentes ainda em um modelo de saúde linear e verticalizado, bem como a urgência em instrumentalizar os profissionais de saúde, que desde a academia devem obter saberes que colaborem a implantação de ações comunicativas e dialógicas. Por meio da junção teoria e prática estes poderão ultrapassar barreiras quanto a comunicação em saúde e ao compartilhamento de saberes.

Neste sentido, Brasil (2012) cita a importância da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) como um meio educativo para:

práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão. Bem como, estratégia singular para os processos que buscam o cuidado, a formação, produção de conhecimentos, a intersetorialidade e a democratização do SUS (BRASIL, 2012, p. 09).

É válido salientar que essa política pública aborda este saber não para a população mais sim construída com a população. Sendo iniciada pelos diferentes caminhos do conhecimento que são desenvolvidos nos ambientes de trabalho, nas comunidades e vivências sociais. E que após compressão desse processo pode-se identificar características peculiares dos grupos sociais frente a gestão participativa dos serviços de saúde.

Junges *et al* (2011), expressam também que as interações entre estes universos são responsáveis ao cumprimento dos objetivos da ESF, uma vez que existe interesse em traçar um novo paradigma numa conjuntura entre os processos de saúde e o meio popular. Essa realidade será evidente quanto inexistam práticas de sobreposição de conhecimentos técnicos científicos sobre os saberes existentes nas comunidades como também ocorra a valorização do atendimento integral com vistas as particularidades dos sujeitos.

Brasil (2012, p.14 -17), evidencia a importância dos princípios abordados na PNEPS, em que destaca-se:

- 1 – Diálogo: o ser humano está em constante construção e aprendizado, não há quem tudo sabe assim como não há quem nada sabe;
- 2 - Amorosidade: significa a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas;
- 3 - Problemática: emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas;
- 4 - Construção compartilhada do conhecimento: consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas;
- 5 - Emancipação: pressupõe a construção de processos de trabalho onde os diversos atores possam se constituir sujeitos do processo de saúde e doença, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas e radicalizando o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde em busca do inédito viável.

A compreensão dos princípios estabelecidas nesta política de saúde garante aos gestores e profissionais o direcionamento necessário quanto a efetivação das atividades a serem desenvolvidas na APS. Cabe destacar também a introdução dos usuários frente essas questões garantindo a atuação social na gestão participativa.

Nesse contexto, Brasil (2009) pressupõe a gestão participativa como uma política nacional estratégica pautada na construção de novos espaços públicos de diálogo respeitando as diferenças na elaboração em conjunto de novas concepções e saberes sobre saúde cujo princípio está firmado na subjetividade dos indivíduos e coletividades. Esse exercício amplia a verbalização dos anseios da população e escuta qualificada dos profissionais colaborando para que os princípios do acolhimento e o cuidado em saúde sejam efetivos para ambos.

A utilização de plantas medicinais na ABS apesar de sua complexidade contribui para que os profissionais adquiriam novos saberes e ultrapassem barreiras impostas pelo conhecimento técnico e pragmático. Por conseguinte, colabora para população que utiliza dessa prática terapêutica sem plenos conhecimentos sobre seus princípios ativos e suas verdadeiras contribuições para saúde seja ela individual ou coletiva.

1.7 Atenção Primária à Saúde como ambiente para desenvolvimento de práticas não convencionais

A necessidade de mudanças na saúde pública fez surgir novas práticas como alternativa de cuidado. Iniciando-se sua implementação pelo primeiro nível básico de assistência perpassando também aos outros níveis de atenção, observando-se sobretudo as particularidades de cada um. Considerando o pressuposto, foi aprovada no país a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que além de ser o direcionamento científico necessário aos profissionais de saúde, é também, a base para introdução de novas práticas a serem ofertadas e prescritas à população (BRASIL, 2009).

É crescente a adesão de secretarias municipais quanto a utilização de práticas alternativas em saúde mesmo existindo desafios a serem enfrentados, como o interesse por parte dos profissionais em capacitar-se acerca dos novos métodos de cuidado; a integração do profissional da ESF com o paciente; o respeito por parte dos profissionais quanto ao conhecimento empírico local e o diálogo entre os saberes popular e científico (JÚNIOR, 2016).

Entre as práticas não convencionais desenvolvidas a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos são as mais evidenciadas em diversas comunidades. Cabe destacar, que diante da biodiversidade de espécies de plantas brasileiras o Ministério da Saúde vem incentivando a adesão dessas medidas não farmacológicas como sendo uma das terapêuticas de cuidado. No entanto, Campos et al (2016), destaca as dificuldades a serem superadas principalmente com relação a capacitação dos profissionais sobre as espécies de plantas locais, toxologia, química e suas recomendações, segurança e eficácia.

Bastos e Lopes (2010), reitera que para o uso adequado pela população de plantas medicinais e produtos fitoterápicos é necessário o conhecimento dos profissionais no serviço público de saúde com vistas ao cuidado, bem-estar e recuperação de agravos a saúde para um tratamento eficaz e acessível à população.

Brasil (2017) informa que além dessas terapêuticas já adotadas pelos nos serviços de saúde houve a inclusão de novas práticas integrativas no SUS:

1. Meditação: trata-se de uma prática de concentração mental com o objetivo de harmonizar o estado de saúde.
2. Arteterapia: faz uso da arte como parte do processo terapêutico.
3. Reiki: a técnica japonesa se baseia na prática de imposição das mãos por meio de toque ou aproximação para estimular mecanismos naturais de recuperação da saúde. É um método de redução de estresse, captando, modificando e potencializando energia.
4. Musicoterapia: usa a música e seus elementos como terapia, o som, ritmo, melodia e harmonia.
5. Tratamento naturopático: encara a doença como um processo: a prevenção, o combate das causas das doenças e a estimulação da inerente capacidade de cura do organismo.
6. Tratamento osteopático: essa técnica é indicada para alterações dolorosas no sistema musculoesquelético, como é o caso das lombalgias, cervicalgias, hérnias de disco, dores de cabeça e nas articulações, alterações de sensibilidade e limitações articulares.
7. Tratamento quiroprático: objetiva avaliar, identificar e corrigir as subluxações vertebrais e os maus funcionamentos articulares, que podem causar irregularidades no mecanismo da coluna e na função neurológica (BRASIL, 2017, p.1).

Compreende-se assim, uma ampliação das práticas de cuidado não farmacológicas que podem ser prescritas por profissionais habilitados sejam eles médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeuta e outros conforme as diretrizes adotadas pela PNPIC e outros dispositivos legais. Não é somente a indicação de outros modos de cuidado, mas sim o conhecimento das potencialidades de cada prática relacionando-as com as queixas ou problemas de saúde referidos nas consultas (BRASIL, 2006).

Neste sentido, outro ponto em destaque é o uso racional desses produtos naturais pela população que devem ser capacitadas por meio de ações de promoção quanto aos riscos e problemas que podem ocorrer quando se utiliza em excesso de princípios ativos vegetais. A necessidade da introdução de disciplinas no currículo acerca dessa área do conhecimento é urgente uma vez que profissionais qualificados, motivados e capacitados em relação a essas novas práticas fortalecem estas políticas de saúde que envolvem a saúde o ambiente e garantem um cuidado alternativo, seguro, de qualidade e eficaz (PARANAGUÁ, et al.,2009).

1.8 REFERÊNCIAS

AMARAL, M.C.S; PONTES, A.G.V; SILVA, J.V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface Comunicação, saúde e educação**. v.18, Supl 2, p.:1547-1558, 2014.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar-ago. 2004.

ARAÚJO, E.C. et al. Use of medicinal plants by patients with cancer of public hospitals in João Pessoa (PB). **Revista espaço para a saúde**, v. 8, n. 2, p. 44-52, 2007.

ASSIS, J. **Uma nova ética para o desenvolvimento**. São Paulo, 3ª Edição. 2000.

ASSIS, MMA., et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010.

BATISTA, I.H; ALBUQUERQUE, C.C. Desenvolvimento sustentável: novos rumos para humanidade. **Revista eletrônica Aboré**. 3ª edição, 2007.

BASTOS, R.A.A; LOPES, A.M.C. A Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o Olhar da Enfermagem. **Revista brasileira de ciências da Saúde**. v. 14, n.2, p.:21-28, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de promoção da saúde**: PNPS: revisão da portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em saúde, Secretaria de atenção à saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de educação popular em saúde**. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Comitê nacional de educação popular em saúde, Brasília – DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **política nacional de humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em saúde, Secretaria de atenção à saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de assistência farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o programa de pesquisa de plantas medicinais da central e medicamentos** / Ministério da Saúde, Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, Departamento de assistência farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Métodos de pesquisa. **Planejamento e gestão para o desenvolvimento rural da SEAD/UFRGS**. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº. 2.960 de 09 de dezembro de 2008**.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº. 971 de 03 de maio de 2006**.

BRASIL, Presidência da República. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**.

BRASIL, Presidência da República. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº. 08 de 08 de março de 1988**. Disponível em: Acessado em: 28/11/16

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Memento Fitoterápico: farmacopeia brasileira**. 1ª edição, 2016.

BRASIL. **Educação ambiental PROBIO**: Carlos Hiroo Saito. Brasília: Departamento de ecologia da Universidade de Brasília/MMA, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS passa a oferecer terapias alternativas para população**. Portal Brasil, 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**; v27, n78, p. 7-23, 2013.

CAMPOS, S.C. et al. Toxicidade de espécies vegetais. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.18, n.1, supl. I, p.373-382, 2016.

CORIOLO-MARINUS, M.W.L; et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc.** v.23, n.4, p.1356-1369, 2014

CAMARGO, A.L.B. **As dimensões e os desafios do desenvolvimento sustentável: concepções, entraves, e implicações à sociedade humana. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção).** Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

CAMURÇA-VASCONCELOS, A.L.F; et al. Validação de plantas medicinais com atividade anti-helmíntica. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais.**, v.7, n.3, p.97-106, 2005.

CARVALHO, J.C.T. **Fitoterápicos anti-inflamatórios: aspectos químicos, farmacológicos e aplicações terapêuticas.** Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2004.

DANTAS, M.B.P. **Educação em saúde na atenção básica: sujeito, diálogo e intersubjetividade. Tese (Doutorado em saúde pública)** – Centro de pesquisa Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FERREIRA, V.F; PINTO, A.C. A fitoterapia no mundo atual. **Revista Química nova.** V.33, n. 9, p. 1829, 2010.

FIRMO, W.C.A. et al. Contexto histórico, uso e concepção científica sobre plantas medicinais. **Cad. Pesq.**, São Luís, v. 18, n. especial, dez. 2011

FIORAVANTI, C. A maior diversidade de plantas do mundo. **Revista pesquisa FAPESP.** 2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRANCO, T.A.V; SILVA, J.L.L; DAHER, D.V. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. **Informe-se em promoção da saúde**, v.7, n.2.p.19-22, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977

GASPAR, L. Plantas medicinais. **Pesquisa escolar online**, Fundação Joaquim Nabuco, Recife.

GUERRERO P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n.1, p. 132-40, jan-mar, 2013.

HOEFFEL. J.L.M. et al. Conhecimento tradicional e uso de plantas medicinais nas APAS'S Cantareira/SP e Fernão Dias/MG. **Revista VITAS – Visões Transdisciplinares sobre Ambiente e Sociedade.** N. 1, setembro, 2011.

JORGE, S.S.A. **Plantas medicinais coletânea de saberes**, 2009.

JUNGES, J.R. et al. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16,n.11,p.4327-4335, 2011.

JUNIOR, E.T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados.** V. 30, N.86. p. 99-112, São Paulo, 2016.

JÚNIOR, Valdir F. Veiga et al. Plantas medicinais: cura segura?. **Química nova**, v. 28, n.3, p. 519-528, 2005.

LAMEIRA, O.A; PINTO, J.E.B.P. **Plantas medicinais: do cultivo, manipulação e uso à recomendação popular**. Embrapa Amazônia Oriental, Belém-PA, 2008.

LEFF, E. **Saber ambiental**: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder. 4ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005.

LEFF, E. Complexidade, Racionalidade Ambiental e Diálogo de Saberes. **Educação & Realidade**. v.34, n.3, p.: 17-24 set/dez. 2009.

LIPORACCI, H.S.N; et al. Where are the Brazilian ethnobotanical studies in the Atlantic Forest and Caatinga?. **Revista Rodriguésia**. V. 68, n.4, p. 1225-1240, 2017.

LUCA, A.Q; ANDRADE, D.F; SORRENTINO, M. O Diálogo como Objeto de Pesquisa na Educação Ambiental. **Educação & Realidade**. v. 37, n. 2, p.: 589-606, maio/ago. 2012.

MACIEL, et al. Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares. **Revista Química Nova**. V. 25, N. 3, p.: 429-438, 2002.

MARTINS, A.G. et al. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais, alimentares e tóxicas da Ilha do Combu, Município de Belém, Estado do Pará. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.86, n.1, p.: 31-30, 2005.

MARQUES, A.B.G.M.; AGUIAR, A. da S.; GONÇALVES, N.G.G. Troca de saberes: uma forma de aprendizado. **Revista Extensão em Ação**, v.1, n.10, Jan/Jun. 2016.

MONTELES, R; PINHEIRO, C.U.B. Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**. v. 7,n. 2, p.38-48, 2007.

MONTIBELLER-FILHO, G. **O mito do desenvolvimento sustentável: meio ambiente e custos sociais no moderno sistema produtor de mercadorias**. Florianópolis: Editora da USFC, 2001.

MORIN, E. **O método I: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2ª ed. 480p, 2005.

NASCIMENTO, G. C. C. **Mestre dos mares: o saber do território, o território do saber na pesca artesanal**. In: CANANÉA, F. A. *Sentidos de leitura: sociedade e educação*. João Pessoa: Imprell, p. 57-68, 2013.

PAIVA, C.H.A; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.21, n.1, p.15-35, jan./mar. 2014.

PARANAGUÁ, T.T.B et al. As práticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v.17, n.1, p.:75-0, jan/mar, Rio de Janeiro, 2009.

PIRIZ, M.A; et al. Uso de plantas medicinais: impactos e perspectivas no cuidado de enfermagem em uma comunidade rural. **Revista Eletr. Enf.** v. 15, n. 4, p. 992-9, out/dez, 2013.

PINHEIRO, M.R.C; KURY, K.A. Conservação ambiental e conceitos básicos de ecologia. **Boletim do observatório ambiental Alberto Ribeiro Lamago**, v. 2 n. 2, jul. / dez. 2008.

REIS, I.N.C; SILVA, I.L.R; UN, J.A.W. Public space in Primary Health Care: Popular Education and health promotion at brasilian health-school centers. **Interface**. v.18 Supl 2, p.1161-1174, 2014.

RODRIGUES, V.G.S. **Cultivo, uso e manipulação de plantas medicinais**. Porto Velho: Documentos Embrapa nº.91 Rondônia, mar. 2004.

SANTOS, M. **Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e meio técnico-científico informacional**, Hucitec, São Paulo, 1994.

SANTOS, R.L. et al. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.13, n.4, p.486-491, Botucatu, 2011.

SANTOS, M. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SANTOS, E.B. et al. Estudo etnobotânico de plantas medicinais para problemas bucais no município de João Pessoa, Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 19, n.1b,p. 321-323, 2009.

SANT'ANA, P.J.P; ASSAD, A.L.D. Programa de pesquisa em produtos naturais: a experiência da CEME. **Revista Química Nova**. v 27, n. 3, p. 508-512, 2004.

SACHS, I. **Desenvolvimento: includente, sustentável, sustentado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004

SILVA, S; et al. Conhecimento e uso de plantas medicinais em uma comunidade rural no município de Cuitegi, Paraíba, Nordeste do Brasil. **Revista Gaia Scientia**, v.8, n. 1, p.248-265, 2014

SILVA, R.C.M. **Territorialidade e reapropriação social da natureza pelos usos das plantas medicinais em Juazeiro/BA**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente). São Cristóvão; Universidade Federal de Sergipe; 2012.

SILVA, R.C.M. **Relações produtoras do cuidado em práticas com plantas medicinais na estratégia saúde da família em Juazeiro /Bahia**. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente). São Cristóvão; Universidade Federal de Sergipe; 2016.

SOUZA, H.T.R. **Análise Geoambiental em Unidades de Conservação de Proteção Integral no Semiárido Sergipano**. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente). São Cristóvão; Universidade Federal de Sergipe; 2016.

SPAGNUOLOA, R.S; BALDOB, R.C.S. Plantas medicinais e seu uso caseiro: o conhecimento popular. **Revista Ciênc. Biol. Saúde**.v.11, n.1, p: 31-34, 2009.

TÁRREGA, M.C.V.B (org). **Direito ambiental e desenvolvimento sustentável**. São Paulo: RCS Editora, 2007.

TARTUCE, T. J. A. **Métodos de pesquisa**. Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, 2006. Apostila

ULDRY, C; EIDT, J.S. **Conhecimento tradicional conceitos e marco legal**. Brasília – DF: Embrapa, 2015.

VEIGAS JR, C; BOLZANE, V.S; BARREIRO, E.J. Os produtos naturais e a química medicinal moderna. **Revista Química Nova**, v. 29, n. 2, p.326-337, 2006.

CAPÍTULO 2 – CONHECIMENTO E USOS DE PLANTAS MEDICINAIS POR FÁRMACOS-NATURAL EM COMUNIDADES RURAIS NO MUNICÍPIO DE ARAUÁ - SE

2.1 RESUMO

A utilização de plantas medicinais pela população tem proporcionado debates e a elaboração de políticas públicas atreladas à saúde no Brasil. Assim, o presente estudo objetivou identificar o conhecimento e usos de plantas medicinais por “fármacos-natural” do município de Arauá-SE, sua percepção quanto ao seu conhecimento e as suas interfaces com a saúde pública. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, transversal, descritiva e exploratória realizada com 09 “fármacos-natural” do município de Arauá-SE. As informações foram obtidas por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados quantitativos foram analisados por meio de cálculos estatísticos em programa de computador Microsoft Excel versão 2010 e apresentados em figuras e tabelas. Os dados qualitativos foram discutidos conforme o método Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Todas as entrevistadas são do sexo feminino. Foram identificadas 43 etnoespécies sendo que a alfavaca grossa ou hortelã graúdo (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) da família Lamiaceae foi a etnoespécie que se destacou entre as plantas medicinais e apresentou maior evidência no CUP (66,6%) entre as indicações referidas pelos “fármacos-natural”. Em seguida a hortelã miúdo (*Mentha piperita* L.) com (66%), o capim santo (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf.) e o sabugueiro (*Sambucus nigra* L.) ambas com (49,8%), respectivamente. Quanto ao valor de uso (VU) a alfavaca grossa (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) também obteve maior evidência (0,66, seguida pelo sabugueiro (*Sambucus nigra* L.) que apresentou (0,55). A etnoespécie arruda (*Ruta graveolens* L.) obteve a maior importância relativa (IR) (2), seguido pela canela (*Cryptocarya subcorymbosa*) e a alfavaca grossa (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) com (1,8%) o que revela uma maior versatilidade destas etnoespécies.

Palavras-chave: Biodiversidade, Etnofarmacologia, Medicina Popular.

2.2 INTRODUÇÃO

O uso de recursos da natureza como forma complementar e/ou única alternativa de cuidado a saúde perpassa limites territoriais. No Brasil, fatos históricos expressam a grandiosidade da natureza e a contribuição dos povos que aqui habitavam, mais especificamente dos índios precursores desta atividade que ao contemplar a natureza retiravam das plantas a cura dos males do corpo e do espírito. Além disso, a utilização de plantas medicinais pela população tem proporcionado debates e a elaboração de políticas públicas de saúde (GIRALDI; HANAZAKI, 2010)

Nas últimas décadas, o olhar de pesquisadores voltou-se para questões socioambientais principalmente aquelas em que proporcionassem a descoberta de novas informações quanto o consumo, utilização e indicação de produtos da natureza que são de maior acesso à população e acabam por ser uma ou até a primeira alternativa de tratamento a saúde de pessoas vulneráveis socialmente (FERNANDES, 2004).

Após discussões e incentivos da Organização Mundial de Saúde para adoção de práticas alternativas, sobretudo de produtos vegetais no tratamento a saúde o Ministério da Saúde Brasileiro lançou no ano de 2006 a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos definindo dentre suas diretrizes a adoção de novas alternativas terapêuticas entre elas a prescrição de plantas medicinais, especificamente os fitoterápicos por profissionais dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, mesmo que sucintamente, o conhecimento empírico encontra-se evidenciado principalmente quando se trata do uso, consumo e manuseio de produtos da natureza para o cuidado individual e da coletividade. Por outro lado, existem aspectos que devem ser priorizados como: conhecimento das plantas específicas para determinadas doenças, o modo de uso desses produtos, a forma de preparo, as contraindicações e os efeitos indesejados.

Além disso, com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e do Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006) existiu o aumento do uso desses recursos como estratégia preventiva /terapêutica nos serviços de saúde.

Com isso, nota-se a necessidade de qualificação tanto de profissionais como todos os envolvidos para que se faça o uso desses recursos livres de intercorrências uma vez que indicar plantas medicinais sem o conhecimento necessário a outras pessoas pode gerar riscos à saúde, por vezes irreversíveis, dessa forma o diálogo entre a população local e profissionais de saúde, sobre o conhecimento e uso de plantas medicinais, podem compor a estratégia saúde da família, e proporcionar em espaço de troca de saberes e experiências, além do envolvimento popular nas decisões e corresponsabilidade de sua saúde.

Assim, é necessário a participação dos detentores locais do etnoconhecimento sobre plantas medicinais como colaboradores para qualidade da saúde pública comunitária de forma a garantir maior segurança individual e coletiva uma vez que o conhecimento popular auxilia no entendimento da ação dos compostos naturais de origem vegetal. Assim, o presente estudo objetivou identificar o conhecimento e usos de plantas medicinais por “fármacos-natural” do

município de Arauá-SE sob a ótica da etnofarmacologia, bem como a sua percepção quanto ao seu conhecimento e as suas interfaces com a saúde pública.

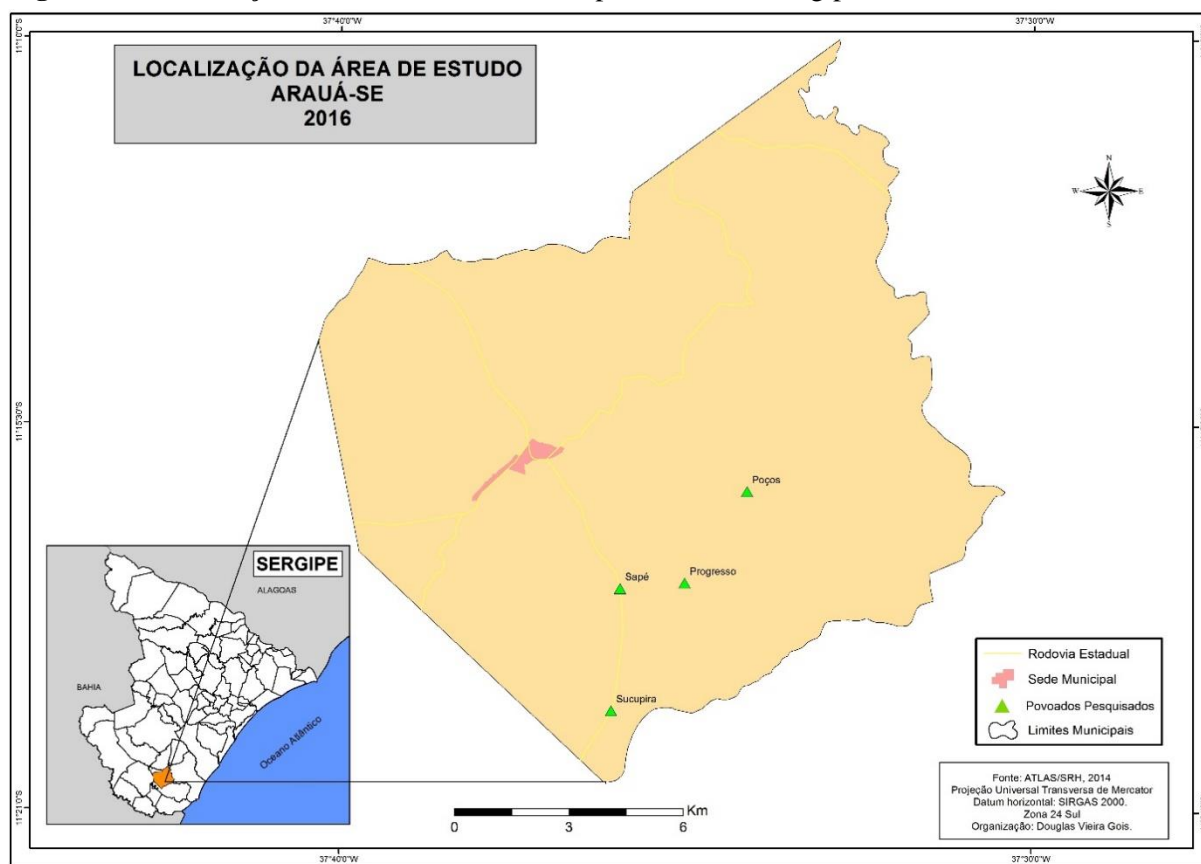
2.3 MATERIAL E MÉTODOS

2.3.1 Delimitação da área de estudo

O município de Arauá está situado na região sul do estado de Sergipe, há 99 km de distância da capital, Aracaju. Possui uma população estimada de 10.477 habitantes. Sua base econômica é a agropecuária. Apresenta vegetação predominantemente caatinga e capoeira, além de áreas do bioma Mata Atlântica que sofrem constantemente com a ação antrópica (IBGE, 2010).

Cabe destacar que o estado de Sergipe apresenta-se em uma situação preocupante principalmente no que trata da vegetação nativa florestal devido a sua fragmentação o que alerta para a elaboração de ações para manutenção da biodiversidade biológica, sendo que o município de Arauá representa 6,64 % desta flora e encontra-se atualmente na 55^a posição quando observamos os 75 municípios sergipanos (SEMARH, 2012). A figura. 1 destaca a área de estudo.

Figura 01- Localização da área de estudo, município de Arauá - Sergipe.



Fonte: ATLAS/SRH, 2014.

O povoado Colônia Sucupira possui aproximadamente 1.373 pessoas e tem como base econômica o cultivo da laranja, do abacaxi, da mandioca, do mamão e do maracujá. O abastecimento de água é realizado pela prefeitura municipal de forma gratuita sendo que toda água disponibilizada não passa por nenhum processo de tratamento. Além disso, existem cinco nascentes de riachos e dois poços artesianos. Cabe destacar que neste povoado fica localizado o lixão que recebe os dejetos de todo o município e apenas uma área de reserva florestal (DEAGRO, 2008).

A comunidade Poços apresenta uma população estimada em 586 pessoas, possuem como principais culturas a laranja, o maracujá e a mandioca. Existem cinco áreas de reserva localizadas em propriedades particulares e uma Unidade de Saúde que garanti semanalmente atendimento de saúde para população deste território, bem como são atendidos por um agente comunitário de saúde responsável por essa microárea. Além disso, toda água consumida é distribuída pela empresa DESO - companhia de saneamento de Sergipe (DEAGRO, 2008).

O povoado Progresso possui uma população de aproximadamente 2.371 pessoas e faz fronteira com a comunidade Poços. Realiza a atividade agrícola do maracujá, laranja e mandioca. A água é distribuída aos domicílios e não passam por nenhum tratamento sendo

oferecida gratuitamente pela prefeitura municipal que é responsável por sua manutenção. E não possuem reservas florestais (DEAGRO, 2008).

Por sua vez, o povoado Sapé possui aproximadamente 381 pessoas. Realizam a cultura da laranja e do maracujá. Recebem água por meio do sistema elaborado pela associação comunitária local, bem como em sua maioria receberam apoio do governo Federal para construção de casas popular. Não possui Unidade de Saúde e para isso se deslocam ao povoado Colônia Sucupira onde recebem o atendimento médico uma vez por semana (SMS, 2016).

2.3.2 Critérios metodológicos da pesquisa

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, transversal com abordagem descritiva e exploratória (MINAYO, 2001; LAKATOS, 2003; TRIVIÑOS, 2011) realizado com “fármacos-natural” residentes nas comunidades rurais Colônia Sucupira, Progresso, Poços e Sapé município de Arauá estado de Sergipe. Os critérios de escolha destas comunidades foram: formarem uma mesma área adstrita de saúde; utilizarem de produtos da natureza para fins medicinais e não possuírem estudos em relação a temática.

A seleção dos sujeitos ocorreu por meio da técnica não probabilística “*snowball sampling*” (VINUTO, 2014). Assim, partiu-se inicialmente de um sujeito já conhecido na comunidade, considerado como “fármaco-natural” detentor do conhecimento sobre plantas medicinais e se ampliou quando este incluiu novos nomes de conhecedores do objeto pesquisado. Quando os nomes dos entrevistados já constavam no grupo de amostragem e não foram observadas novas indicações utilizou-se deste aspecto para conclusão amostral.

Como critérios de inclusão dos sujeitos adotou-se: ser residente em uma das comunidades; expressar conhecimento em relação ao uso e/ou indicação de plantas medicinais e ser indicado por outros participantes conforme técnica amostral. Foram excluídos aqueles que, mesmo indicados por outros sujeitos, afirmaram não possuir conhecimento acerca das plantas medicinais e não desejaram participar da pesquisa.

Conforme os aspectos estabelecidos os “fármacos-natural” foram convidados a assinar o Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Aqueles que se dispuseram participar do estudo responderam a um formulário de entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas quanto o conhecimento sobre plantas medicinais e suas

interfaces com a saúde pública (APÊNDICE B). Cabe destacar que todas as entrevistas foram individuais e realizadas no domicílio dos participantes.

Após a finalização das entrevistas semiestruturadas foram realizadas as coletas das plantas medicinais para identificação botânica. Assim fez-se uma turnê guiada em companhia com um dos “fármacos-natural” do etnoconhecimento sobre plantas medicinais o qual por meio de agendamento prévio se dispôs voluntariamente a acompanhar o pesquisador e identificar quais plantas seriam coletadas conforme as indicações referidas pelos informantes da pesquisa.

Todas as plantas medicinais foram fotografadas e coletou-se dados sobre suas características morfológicas, geoespaciais e outros os quais encontram-se expressos no (APÊNDICE C).

Seguindo o recomendado por Santos et al. (2010), pelo menos duas amostras de cada etnoespécie vegetal foram dispostas em jornais, identificadas pelo nome popular, número de referência previamente definido e prensadas para o transporte até a estufa do herbário da Universidade Federal de Sergipe - ASE onde ocorreram as etapas de secagem e posteriormente identificação taxonômica por meio da observação de exsicatas que já fazem parte do acervo do herbário e outras literaturas.

Para análise quantitativa realizou-se o cálculo do índice de concordância relativa segundo Amorozo e Gély (1988), em que $CUP = (ICUP/ICUE) \times 100$. Onde:

ICUP = número de informantes citando o uso principal da espécie:

ICUE = número total de informantes citando o uso da espécie.

Calculou-se o Fator de Correção (FC) para cada espécie, o qual permite a extração de valores de importância relativos à espécie mais citada pelos informantes (CUPc). Cujas fórmula apresenta-se: $CUPc = CUP \times FC$

Para a obtenção do fator de correção utilizou-se a equação $FC = ICUE/ICEMC$ onde: ICEMC = número de informantes que citaram a espécie mais citada. A obtenção desses valores revela quais espécies de plantas são mais evidentes e utilizadas pelas comunidades o que propicia novos estudos etnofarmacológicos.

Para realização do cálculo valor de uso da etnoespécie pelos entrevistados seguiu-se a equação $VU = (\sum U) / n$. Em que (VU) é o valor de uso de uma espécie, \sum é o somatório do número de usos mencionados pelo informante (U) dividido pelo número total de informantes (n) (SILVA, et al. 2010).

Foram realizados também o índice de importância relativa em que $IR = NSC + NP$ onde IR = importância relativa; NSC = número de sistemas corporais e NP = número de propriedades o que possibilita identificar quais foram as plantas medicinais mais versáteis e seus usos frente aos agravos a saúde conforme (SILVA, *et al.* 2010).

Estes autores expõem que para obtenção desses dois fatores faz-se necessário seguir as fórmulas $NSC = NSCE / NSCEV$, e $NP = NPE / NPEV$, onde: $NSCE$ = número de sistemas corporais que são tratados por (x) espécie, sobre o valor total de sistemas corporais tratados pela espécie mais versátil ($NSCEV$); NP é o número de propriedades atribuídas para uma mesma espécie (NPE); sobre o total de propriedades atribuídas a espécie mais versátil ($NPEV$)

A interpretação dos dados qualitativos ocorreu por meio do método Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014), além da transcrição na íntegra das falas. Observados os critérios de inclusão no estudo as 09 pessoas identificadas como “fármaco-natural” do conhecimento sobre plantas medicinais e para garantir o anonimato receberam uma nomenclatura, FN (1) para “fármaco-natural” 1, FN (2) para “fármaco-natural” (2), respectivamente.

O pesquisador iniciou os trabalhos pela comunidade rural Colônia Sucupira orientado por conversas informais com pessoas da comunidade e profissionais de saúde para identificar uma ou mais pessoas que possuíssem conhecimentos sobre plantas medicinais. Nas outras comunidades supracitadas também foram adotados o mesmo processo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe sob nº. CAAE 69372817.0.0000.5546 e parecer nº. 2164593 (ANEXO III) e encontra-se de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

2.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.4.1 Perfil dos “fármacos-natural” do etnoconhecimento

Identificou-se exclusivamente nove mulheres como “fármacos-natural” detentoras do conhecimento sobre plantas medicinais, com idade mínima de 28 anos⁵ e a máxima 80 anos.

⁵ Convém ressaltar que uma senhora de 67 anos indicou a filha como fármaco-natural do etnoconhecimento sobre plantas medicinais o que revela a disseminação do conhecimento popular de geração à geração.

Sendo que 08 delas se declararam católicas e 01 evangélica. Quanto a profissão que exercem eram aposentadas rural (n.3), lavradora (n.1), dona de casa (n.1) e (n.4) funcionárias públicas municipais. A média do tempo que reside na comunidade rural é de 24 anos e possuem escolaridade correspondentes a segundo grau completo (n.4), ensino fundamental menor incompleto (n.3) e ensino fundamental menor completo (n.2).

2.4.2 Etnoespécies mencionadas pelos “fármacos-natural” do etnoconhecimento

Das 43 etnoespécies coletadas nas comunidades rurais do município de Arauá-SE, 30 plantas férteis possuíam flor e/ou fruto enquadraram-se nas normas estabelecidas para o depósito de material botânico do Herbário da Universidade Federal de Sergipe (ASE) e encontram-se atualmente neste local colaborando para futuros estudos nesta área do conhecimento. As demais espécies vegetais foram eliminadas após terem sido identificadas e enumeradas uma vez que não encontravam-se aptas para a realização do depósito (Tabela 1).

As etnoespécies evidenciadas pertencem a 25 famílias botânicas distribuídas em Lamiaceae (9), Asteraceae (6), Rutaceae (3), Lauraceae (2), Malvaceae (2), Anacardeaceae (2), Rubiaceae (1), Poaceae (1), Adoxaceae (1), Plantaginaceae (1), Euphorbiaceae (1), Rosaceae (1), Zingiberaceae (1), Annonaceae (1), Boraginaceae (1), Fabaceae (1), Myrtaceae (1), Moraceae (1), Solanaceae (1), Amaranthaceae (1), Punicaceae (1), Brassicaceae (1), Crassulaceae (1), Verbenaceae (1) e Amaryllidaceae (1).

Notou-se que a alfavaca grossa ou hortelã graúdo (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) da família Lamiaceae foi a etnoespécie que se destacou entre as plantas medicinais e apresentou maior evidência no CUP (66,6%) entre as indicações referidas pelos “fármacos-natural”. Em seguida a hortelã miúdo (*Mentha piperita* L.) com (66%), o capim santo (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf.) e o sabugueiro (*Sambucus nigra* L.) ambas com (49,8%) , a amoreira (*Morus alba* L.) com (48,5%), a pitanga com (50%), a sete dor (*Plectranthus barbatus* Andr.) e a arruda (*Ruta graveolens* L.) apresentou-se com (33,3%) das indicações, o manjerição (*Ocimum gratissimum* L.) e o cravo de defunto (*Tagetes erecta* L.) apresentaram (33%), e a rosa vermelha (*Rosa centifolia* L.), a canela (*Cryptocarya subcorymbosa*), o picão (*Bidens pilosa* L.), a cidreira (*Lippia alba* (Mill.), o abacateiro (*Persea americana* Mill.) e o mastruz (*Dysphania ambrosioides*) apresentaram (16,5%) das indicações (Tabela 1).

No que se refere a **utilização das etnoespécies vegetais para o tratamento de doenças**, as plantas com potencial para distúrbios respiratórios (gripe) e gastrointestinais (gastroenterite, verminose, gases intestinais e dor abdominal) foram as mais evidenciadas pelos informantes da pesquisa. Cabe destacar que das 16 espécies citadas por dois ou mais fármacos-natural nenhuma obteve um índice de concordância de uso (CUP) inferior a (50%). Dentre estas a etnoespécie (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) é utilizada por (66,6%) dos informantes para gripe o que pode evidenciar um possível efeito favorável no uso principal dessa etnoespécie como tratamento terapêutico.

Em estudo realizado por Ribeiro et al. (2014), para identificar o potencial terapêutico de plantas medicinais em uma área de caatinga do Estado do Ceará, observou-se após levantamento etnobotânico que a família Lamiaceae apresentou-se entre as três famílias com maior representatividade no estudo o que corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa.

A pesquisa de Mendieta et al. (2015), teve como objetivo analisar as plantas medicinais utilizadas por agricultores para cura de gripes e resfriados, no entanto neste estudo das 13 espécies evidenciadas não foram visualizadas a referência popular da etnoespécie alfavaca ou hortelã graúdo (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng). Observou-se porém espécies vegetais pertencentes à mesma família (Lamiaceae) como a hortelã (*Mentha piperita*), a anis (*Ocimum selloi*) e a manjerona (*Origanum majorana*).

Tabela 1. Espécies de plantas medicinais citadas por dois ou mais informantes. Porcentagem de concordância quanto ao (s) uso (s) principal (is). ICUE – nº de informantes que citaram uso da espécie; ICUP – nº de informantes que citaram o uso principal; CUP – índice de concordância de uso; FC – fator de correção; CUPc – CUP corrigida.

NOME CIENTÍFICO	NOME POPULAR	USO PRINCIPAL	ICUE	ICUP	CUP	FC	CUPc
<i>Plectranthus amboinicus</i> (Lour.) Spreng.	Alfavaca grossa/hortelã graúdo	Gripe	6	4	66,6	1	66,6
<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf.	Capim santo	Dor de barriga (gastroenterite)	5	3	60	0,83	49,8
<i>Sambucus nigra</i> L.	Sabugueiro	Gripe	5	3	60	0,83	49,8
<i>Mentha piperita</i> L.	Hortelã miúdo	Verminose	4	4	100	0,66	66
<i>Morus alba</i> L.	Amoreira	Pressão Alta (Hipertensão)	4	3	75	0,66	48,5
<i>Ruta graveolens</i> L.	Arruda	Dor de ouvido (Otalgia)	3	2	66,6	0,5	33,3
<i>Eugenia uniflora</i> L.	Pitanga	Gripe	3	3	100	0,5	50
<i>Plectranthus barbatus</i> Andr.	Sete dor	Dor de barriga (gastroenterite)	3	2	66,6	0,5	33,3
<i>Ocimum gratissimum</i> L.	Manjerição	Gripe	2	2	100	0,33	33
<i>Tagetes erecta</i> L.	Cravo de defunto	Cefaleia (enxaqueca)	2	2	100	0,33	33
<i>Rosa centifolia</i> L.	Rosa vermelha	Inflamação, Calmante	2	1	50	0,33	16,5
<i>Cryptocarya subcorymbosa</i>	Canela	Insônia, Perder peso, Gripe	2	1	50	0,33	16,5

<i>Bidens pilosa</i> L.	Picão	Esteatose hepática, Diabetes, Hepatite	2	1	50	0,33	16,5
<i>Lippia alba</i> (Mill.)	Cidreira	Dor de barriga, Hipertensão, dor abdominal	2	1	50	0,33	16,5
<i>Persea americana</i> Mill.	Abacateiro	Gases intestinais	2	1	50	0,33	16,5
<i>Dysphania ambrosioides</i>	Mastruz	Verminose, Tosse, Dor	2	1	50	0,33	16,5

Fonte: Tabela adaptada do trabalho de Botrel, *et al*, 2006. Elaborada com base no levantamento etnobotânico da pesquisa, 2017.

Com relação as 43 etnoespécies visualizou-se quanto ao número de citações a alfavaca grossa/hortelã graúdo (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) obteve (n.6), seguido pelo sabugueiro (*Sambucus nigra* L.) com (n.5), a amoreira (*Morus alba* L.) e o hortelã miúdo (*Mentha piperita* L.) (n.4). A pitanga (*Eugenia uniflora* L.), a sete dor (*Plectranthus barbatus* Andr.) e a arruda (*Ruta graveiles* L.) apresentaram (n.3), o manjerição (*Ocimum gratissimum* L.), o cravo de defunto (*Tagetes erecta* L.), a rosa vermelha (*Rosa centifolia* L.), a canela (*Cryptocarya subcorymbosa*), o picão (*Bidens pilosa* L.), a cidreira (*Lippia alba* (Mill.), o abacateiro (*Persea americana* Mill.) e o mastruz (*Dysphania ambrosioides*) obtiveram (n.2). As demais etnoespécies apresentaram uma única citação (Tabela 2).

No que se refere a origem a partir do nordeste brasileiro notou-se que 39,5% são exóticas, 32,5% nativas e 28 % naturalizadas. Com relação a ocorrência 84% são cultivadas e 16% são espontâneas e quanto ao valor de uso a etnoespécie alfavaca grossa ou hortelã graúdo (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) foi a que se destacou entre as plantas medicinais com valor de uso de 0,66, seguido pelo sabugueiro (*Sambucus nigra* L.) com 0,55. As espécies vegetais hortelã miúdo (*Mentha piperita* L.) e a amoreira (*Morus alba* L.) obtiveram 0,44. A pitanga (*Eugenia uniflora* L.), a sete dor (*Plectranthus barbatus* Andr.) e a arruda (*Ruta graveiles* L.) apresentaram 0,33 do valor de uso, o manjerição (*Ocimum gratissimum* L.), o cravo de defunto (*Tagetes erecta* L.), a rosa vermelha (*Rosa centifolia* L.), a canela (*Cryptocarya subcorymbosa*), o picão (*Bidens pilosa* L.), a cidreira (*Lippia alba* (Mill.), o abacateiro (*Persea americana* Mill.) e o mastruz (*Dysphania ambrosioides*) obtiveram 0,22. Todas as demais etnoespécies apresentaram apenas 0,11 (Tabela 2).

A pesquisa de Vieira et al (2015), que objetivou realizar o inventário das plantas medicinais de uma comunidade rural maranhense, analisando o valor de uso e a importância relativa das espécies, assim como o consenso dos informantes quanto às doenças tratadas. Os autores observaram um maior VU para as espécies *Morinda citrifolia* (VU = 0,66), *Ximenia americana* e *Himatanthus drasticus* (ambas com VU = 0,4) e *Libidibia ferrea* e *Hancornia speciosa* (ambas com VU = 0,3). O que diverge do encontrado no estudo sendo que a espécie *Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng possui um maior valor de uso (0,66) diante das demais espécies mencionadas. No entanto, os dois trabalhos contribuem para a ampliação do acervo biológico da biodiversidade do nordeste brasileiro uma vez que demonstra e valida as várias plantas medicinais que fazem parte da flora e são utilizadas por comunidades locais.

O estudo de Araújo e Lemos (2015) teve por objetivo analisar o uso de plantas medicinais pelos moradores da comunidade Curral Velho, município de Luís Correia, norte do

Piauí, nesta pesquisa das 62 espécies registradas a *Aristolochia triangularis*, *Petiveria alliaceae* e *Stachytarpheta cayennensis* apresentaram os maiores valores de uso ($VU = 3,0$), sendo a *Turnera subulata* a mais versátil. Cabe evidenciar a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas a conservação das espécies nativas citadas uma vez que o uso consciente colabora para o uso sustentável dos recursos vegetais. .

Tabela 2. Lista de etnoespécies botânicas identificadas nas comunidades rurais do município de Arauá-Sergipe. N. Ref = voucher de identificação do herbário – ASE as numerações com (*) representa as espécies vegetais que não foram depositadas no herbário por não serem férteis; NP = nome popular; NCI = nomenclatura científica; F = família da etnoespécie; NC = número de citações; Ori. = origem em relação ao Nordeste brasileiro: E – exótica; N – nativa, NA – naturalizada; Oc. = ocorrência: C – cultivada e/ou Es – Espontânea e VU = valor de uso da planta medicinal.

VOUCHER ASE (N.REF)	NOME POPULAR (NP)	NOME CIENTÍFICO (NCI)	FAMÍLIA (F)	Nº. DE CITAÇÕES (NC)	ORIGEM (Ori.)	OCORRÊNCIA (Oc.)	VALOR DE USO (VU)
38748	None	<i>Morinda citrifolia</i> L.	Rubiaceae	1	E	C	0,11
001*	Arruda	<i>Ruta graveiles</i> L.	Rutaceae	3	E	C	0,33
38763	Flor de laranjeira	<i>Citrus Aurantium</i> L.		1	NA	C	0,11
38764	Limão	<i>Citrus limon</i> L.		1	NA	C	0,11
002*	Hortelã miúdo	<i>Mentha piperita</i> L.		4	E	C	0,44
003*	Alfavaca/ hortelã graúdo	<i>Plectranthus amboinicus</i> (Lour.) Spreng.	Lamiaceae	6	NA	C	0,66
38754	Manjerição	<i>Ocimum gratissimum</i> L.		2	N	C	0,22
004*	Cidreira	<i>Lippia alba</i> (Mill.)		2	N	C	0,22
38759	sete dor	<i>Plectranthus barbatus</i> Andr.		3	E	C	0,33
38761	Vick	<i>Mentha arvensis</i> L.		1	E	C	0,11
38767	Canudinho	<i>Hyptis peclinata</i> L.		1	N	E	0,11
38745	Tioiô	<i>Ocimum campechianum</i> Mill.		1	N	C	0,11
38746	Espinho cheiroso	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.		1	E	C	0,11
005*	Boldo	<i>Plectranthus ornatos</i>		1	E	C	0,11

006*	Puaça / Cuaça	<i>Vernonia condensata Baker.</i>		1	E	C	0,11
007*	Losna	<i>Artemisia vulgaris L.</i>		1	E	C	0,11
38756	Cravo de defunto	<i>Tagetes erecta L.</i>	Asteraceae	2	NA	C	0,22
38742	Espinheira Santa	<i>Argemone mexicana L.</i>		1	NA	C	0,11
38752	Picão	<i>Bidens pilosa L.</i>		2	NA	E	0,22
38749	Capim Santo	<i>Cymbopogon citratus (DC.) Stapf.</i>	Poaceae	1	NA	C	0,11
38741	Sabugueiro	<i>Sambucus nigra L.</i>	Adoxaceae	5	NA	C	0,55
38755	Carqueja	<i>Strodia sp.</i>	Plantaginaceae	1	N	C	0,11
38743	Mertiolate	<i>Jatropha multifida L.</i>	Euphorbiaceae	1	E	C	0,11
008*	Rosa vermelha	<i>Rosa centifolia L.</i>	Rosaceae	2	NA	C	0,22
38744	Elevante	<i>Alpinia zerumbet (Pers.)</i>	Zingiberaceae	1	E	C	0,11
38757	Graviola	<i>Annona montana Macfad.</i>	Annonaceae	1	N	C	0,11
38750	Canela	<i>Cryptocarya subcorymbosa</i>	Lauraceae	2	N	C	0,22
009*	Abacateiro	<i>Persea americana Mill.</i>		2	NA	C	0,22
38751	Crista de galo	<i>Heliotropium elongatum (Lehm.)</i>	Boraginaceae	1	N	E	0,11
38753	Pega pinto	<i>Desmodium incanum (Sw.)</i>	Fabaceae	1	N	E	0,11
38758	Amoreira	<i>Marus alba L.</i>	Moraceae	4	E	C	0,44
010*	Pitanga	<i>Eugenia uniflora L.</i>	Myrtaceae	3	N	C	0,33
38760	Hibisco	<i>Hibiscus sinensis L.</i>	Malvaceae	1	E	C	0,11
38766	Malva branca	<i>Sida cordifolia L.</i>		1	N	E	0,11

38762	Jurubeba	<i>Solanum paniculatum L.</i>	Solanaceae	1	N	E	0,11
38765	Mastruz	<i>Dysphania ambrosioides</i>	Amaranthaceae	2	NA	C	0,22
38768	Romã	<i>Punica granatum L.</i>	Punicaceae	1	E	C	0,11
38769	Aroeira	<i>Schinus terebinthifolius Raddi.</i>	Anacardiaceae	1	N	C	0,11
38770	Mangueira	<i>Mangifera indica L.</i>		1	NA	C	0,11
011*	Couve branca	<i>Brassica oleracea L.</i>	Brassicaceae	1	E	C	0,11
012*	Folha da costa	<i>Kalanchoe brasilunis Cambess.</i>	Crassulaceae	1	E	C	0,11
38747	Pustemeira	<i>Stachytarpheta cayennensis Rich.</i>	Verbenaceae	1	N	C	0,11
013*	Flor de janeiro	<i>Crinum procerum Carey.</i>	Amaryllidaceae	1	E	E	0,11

Fonte: Tabela adaptada do trabalho de Botrel, *et al*, 2006. Elaborada com base no levantamento etnobotânico da pesquisa, 2017.

Acerca do número de indicações terapêuticas o none (*Morinda citrifolia* L.) e a arruda (*Ruta graveiles* L.) obtiveram um maior número de indicações (n.5), em seguida o mastruz (*Dysphania ambrosioides*), a canela (*Cryptocarya subcorymbosa*), o picão (*Bidens pilosa* L.), alfavaca grossa (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) com (n.4), o manjerição (*Ocimum gratissimum* L.), a cidreira (*Lippia alba* (Mill.), o cravo de defunto (*Tagetes erecta* L.), o sabugueiro (*Sambucus nigra* L.), a rosa vermelha (*Rosa centifolia* L.), o abacateiro (*Persea americana* Mill.) e a amoreira (*Morus alba* L.) (n. 3) indicações . As etnoespécies pustemeira (*Stachytarpheta cayennensis* Rich.), folha da costa (*Kalanchoe brasiliensis* Cambess.), romã (*Punica granatum* L.), hibisco (*Hibiscus sinensis* L.), pitanga (*Eugenia uniflora* L.), crista de galo (*Heliotropium elongatum* (Lehm.)), graviola (*Annona montana* Macfad.), elevante (*Alpinia zerumbet* (Pers.)), capim santo (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf.), espinheira santa (*Argemone mexicana* L.), losna (*Artemisia vulgaris* L.), espinho cheiroso (*Rosmarinus officinalis* L.) e vick (*Mentha arvensis* L.) obtiveram (n.2) indicações, as demais espécies vegetais apresentaram uma indicação.

Quanto aos sistemas corporais o respiratório foi o mais evidente (n.17), logo após o sistema circulatório (n.14), seguido do digestivo e nervoso (n.12), endócrino (n.7), urinário (n.3), e tegumentar (n.1). Em relação a importância relativa (IR), a arruda (*Ruta graveiles* L.) obteve a maior importância (2), seguido pela canela (*Cryptocarya subcorymbosa*) e a alfavaca grossa (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) com (1,8), o none (*Morinda citrifolia* L.) (1,666666), o mastruz (*Dysphania ambrosioides*) (1,46), o capim santo (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf.) com (1,4), a amoreira (*Morus alba* L.), o abacateiro (*Persea americana* Mill.), a rosa vermelha (*Rosa centifolia* L.), o cravo de defunto (*Tagetes erecta* L.), o sabugueiro (*Sambucus nigra* L.), a cidreira (*Lippia alba* (Mill.) e o hortelã miúdo (*Mentha piperita* L.) obtiveram (1,26). O picão (*Bidens pilosa* L.) com (1,13), a romã (*Punica granatum* L.), o hibisco (*Hibiscus sinensis* L.), a crista de galo (*Heliotropium elongatum* (Lehm.)), a graviola (*Annona montana* Macfad.), o elevante (*Alpinia zerumbet* (Pers.)) e a flor de laranjeira obtiveram (1,066666). As demais etnoespécies obtiveram importância relativa menor que 0 não sendo tão significativas para os entrevistados.

Araújo e Lemos (2015) destacaram em seu estudo que a maioria das espécies identificadas eram utilizadas para doenças do sistema geniturinário e respiratório, o que corrobora ao evidenciado nesta pesquisa em que os agravos do sistema respiratório são comumente tratados com plantas medicinais pela população local.

O estudo de Carneiro e Santos (2014) observaram que uma parte da biodiversidade de etnoespécies são utilizadas para fins medicinais principalmente pela população dos estados do Mato Grosso, Minas Gerais e Goiás reiteram a necessidade de estudos etnofarmacológicos para realização de um levantamento de espécies mais importantes pela população local e aquelas que merecem maior atenção quanto a pressão extrativista. Neste estudo, não foram encontradas semelhanças entre as espécies listadas e a importância relativa obtida, respectivamente.

A pesquisa de Paulino *et al.* (2011) evidenciaram que 29 das 85 espécies de plantas medicinais são utilizadas pela população das treze áreas do Rio Grande do Norte e apresentaram uma importância relativa maior que 1,0. Se for comparado com esse estudo constatou-se quedas 43 etnoespécies mencionadas apenas 18 delas obtiveram uma (IR) maior que 1,0 o que corresponde a 41,86%. Em outro estudo Vieira *et al* (2015) identificaram que as espécies mais versáteis foram: *H. drasticus* (IR = 2,00), *Mentha x villosa L.* (IR = 1,39) e *M. citrifolia* (IR = 1,19). A espécie (*H. drasticus*) é utilizada para problemas relacionados ao sistema digestório como gastrite, inflamações em órgãos do sistema reprodutor feminino e, no tratamento de tumores e a *Mentha x villosa L.* foram citadas para problemas do sistema respiratório sendo este o sistema mencionado com maior frequência. Cabe destacar que nesta pesquisa foram evidenciadas outras 19 etnoespécies que apresentaram um índice maior que 1, sendo também importantes para população local.

Tabela 3. Importância Relativa de etnoespécies botânicas quanto suas indicações terapêuticas e sistemas corporais. N. Ref = voucher de identificação do herbário – ASE/UFS as numerações com (*) representa as espécies vegetais que não foram depositadas no herbário por não serem férteis; NP = nome popular. NCI = nomenclatura científica. F = família da etnoespécie. NIT = número de indicações terapêuticas. SC = sistema (s) corporal (is): N – nervoso, C – circulatório, E – endócrino, R – respiratório, D – digestivo, T – tegumentar, U - urinário. E a IR = importância relativa do uso da espécie, sendo (2) o valor máximo que uma espécie pode obter.

VOUCHER ASE (N.REF)	NOME POPULAR (NP)	NOME CIENTÍFICO (NCI)	FAMÍLIA (F)	Nº. DE INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS (NIT)	SISTEMA (S) CORPORAL (IS) - (SC)	IMPORTÂNCIA RELATIVA (IR)
38748	None	<i>Morinda citrifolia</i> L.	Rubiaceae	5	C, E	1,66
001*	Arruda	<i>Ruta graveiles</i> L.	Rutaceae	5	C, D, N	2
38763	Flor de laranjeira	<i>Citrus Aurantium</i> L.		2	R, N	1,06
38764	Limão	<i>Citrus limon</i> L.		1	R	0,53
002*	Hortelã miúdo	<i>Mentha piperita</i> L.		3	D, N	1,26
003*	Alfavaca/ hortelã graúdo	<i>Plectranthus amboinicus</i> (Lour.) Spreng.		4	U, N, R	1,8
38754	Manjerição	<i>Ocimum gratissimum</i> L.	Lamiaceae	3	R	0,93
004*	Cidreira	<i>Lippia alba</i> (Mill.)		3	D, C	1,26
38759	sete dor	<i>Plectranthus barbatus</i> Andr.		1	D, N	0,86
38761	Vick	<i>Mentha arvenis</i> L.		2	R	0,73
38767	Canudinho	<i>Hyptis peclinata</i> L.		1	C	0,53
38745	Tioiô	<i>Ocimum campechianum</i> Mill.		1	R	0,53
38746	Espinho cheiroso	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.		2	C	0,73

005*	Boldo	<i>Plectranthus ornatus</i>		1	D	0,53
006*	Puaça / Cuaça	<i>Vernonia condensata</i> Baker.		1	D	0,53
007*	Losna	<i>Artemisia vulgaris</i> L.		2	N	0,73
38756	Cravo de defunto	<i>Tagetes erecta</i> L.	Asteraceae	3	N, R	1,26
38742	Espinheira Santa	<i>Argemone mexicana</i> L.		2	D	0,73
38752	Picao	<i>Bidens pilosa</i> L.		4	E	1,13
38749	Capim Santo	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf.	Poaceae	2	D, R, N	1,4
38741	Sabugueiro	<i>Sambucus nigra</i> L.	Adoxaceae	3	R, N	1,26
38755	Carqueja	<i>Stmodia</i> sp.	Plantaginaceae	1	C	0,53
38743	Mertiolate	<i>Jatropha multifida</i> L.	Euphorbiaceae	1	T	0,53
008*	Rosa vermelha	<i>Rosa centifolia</i> L.	Rosaceae	3	C, N	1,26
38744	Elevante	<i>Alpinia zerumbet</i> (Pers.)	Zingiberaceae	2	C, N	1,06
38757	Graviola	<i>Annona montana</i> Macfad.	Annonaceae	2	U, E	1,06
38750	Canela	<i>Cryptocarya subcorymbosa</i>	Lauraceae	4	N, R, E	1,8
009*	Abacateiro	<i>Persea americana</i> Mill.		3	D, U	1,26
38751	Crista de galo	<i>Heliotropium elongatum</i> (Lehm.)	Boraginaceae	2	E, R	1,06
38753	Pega pinto	<i>Desmodium incanum</i> (Sw.)	Fabaceae	1	C	0,53
38758	Amoreira	<i>Marus alba</i> L.	Moraceae	3	C, E	1,26
010*	Pitanga	<i>Eugenia uniflora</i> L.	Myrtaceae	2	R	0,73
38760	Hibisco	<i>Hibiscus sinensis</i> L.	Malvaceae	2	E, D	1,06

38766	Malva branca	<i>Sida cordifolia L.</i>		1	C	0,53
38762	Jurubeba	<i>Solanum paniculatum L.</i>	Solanaceae	1	R	0,53
38765	Mastruz	<i>Dysphania ambrosioides</i>	Amaranthaceae	4	R, D	1,46
38768	Romã	<i>Punica granatum L.</i>	Punicaceae	2	R, C	1,06
38769	Aroeira	<i>Schinus terebinthifolius Raddi.</i>	Anacardiaceae	1	C	0,53
38770	Mangueira	<i>Mangifera indica L.</i>		1	E	0,53
011*	Couve branca	<i>Brassica oleracea L.</i>	Brassicaceae	1	D	0,53
012*	Folha da costa	<i>Kalanchoe brasilunis Cambess.</i>	Crassulaceae	2	R	0,73
38747	Pustemeira	<i>Stachytarpheta cayennensis Rich.</i>	Verbenaceae	2	C	0,73
013*	Flor de janeiro	<i>Crinum procerum Carey.</i>	Amaryllidaceae	1	R	0,53

Fonte: Tabela adaptada do trabalho de Botrel, *et al*, 2006. Elaborada com base no levantamento etnobotânico da pesquisa, 2017.

2.4.3 Conhecimento, usos e indicações de plantas medicinais

Para melhor compreensão os tópicos temáticos foram grafados em negrito. Quando foram questionados acerca da **aquisição do conhecimento sobre plantas medicinais**, evidencia-se que:

FN (1) *“Desde pequena aprendi com minha mãe ela fazia para nós, o none eu vi na internet minha neta me mostrou”*.

FN (3) e FN (9) aprenderam com a mãe.

FN (2) expressa que possui *“dois livros sobre plantas medicinais na medicina doméstica”*.

FN (4) *“Aprendi com minha avó e uma enfermeira também”*,

FN (6) *“Meu pai que fazia chá para gente, aprendi com ele”*, Já FN (5) *“Participando de cursos pela pastoral da criança, e o conhecimento vivido do tempo de trabalho além do familiar passado de pai para filho”*.

FN (7) *“Com minha avó e meu avô. E o curso que fiz no NAT (Núcleo de Apoio ao Trabalhador) da farmácia viva aprendi fazer xarope, pomada, sabonete. Tenho até hoje as apostilas”*

FN (8) *“O povo me dizia e eu gravava, também tenho um livro que olho sempre que tenho dúvida”*.

Nota-se que o conhecimento transmitido por familiares (pai, mãe, avô e avó) foram os mais evidenciados como identificou-se no estudo de Gonçalves *et al* (2011) em que 79% dos 485 entrevistados relataram a tradição familiar como influenciadora no uso de plantas medicinais. Observa-se também, o uso da literatura e meios midiáticos como a *internet* para aquisição de conhecimentos ou até dirimir dúvidas.

Em relação à **utilização das plantas medicinais** conforme o método de análise Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), foram identificados três DSCs:

DSC ¹ *“Utilizo para consumo próprio, de minha família e para alguém que me procura, indico a planta e ensino como consumi-la, também*

faço lambedor, chá, xarope, sabonete, shampoo para melhorar minha saúde e de outras pessoas por isso planto no quintal de casa”

DSC ² *“Consumo no momento em que não preciso utilizar de um medicamento”*

DSC ³ *“Eu indico as plantas para outras pessoas, mas muitas delas não acreditam”*

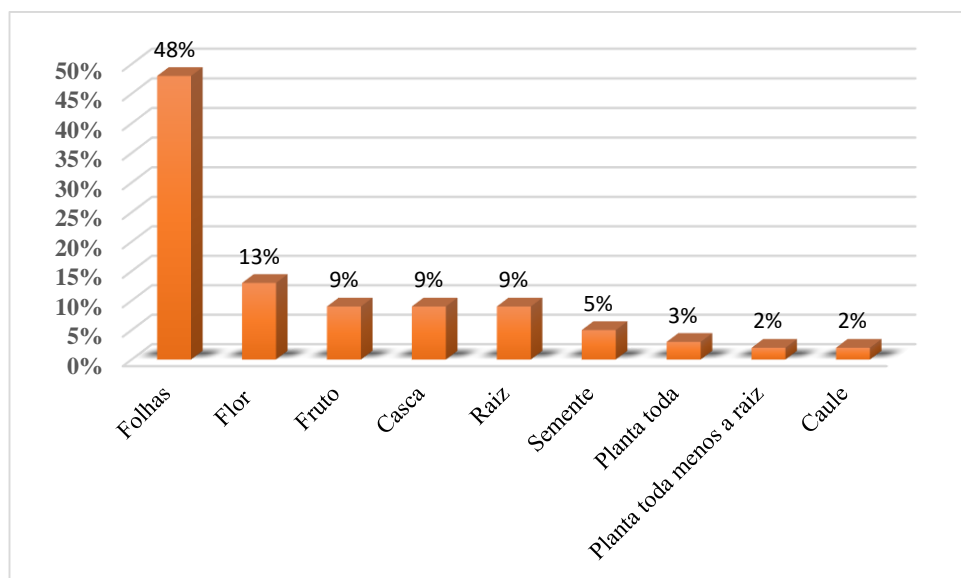
O primeiro discurso foi expresso por 77,7% (n.7) dos entrevistados já o segundo DSC 11,1% (n.1) e o terceiro 11,1% (n.1). Assim, observa-se que 1) Existe a utilização e prescrição de produtos da natureza. 2) detém o conhecimento, porém utilizam plantas medicinais esporadicamente quando não fazem uso de medicamentos. 3) Apesar de serem procurados pelos fármaco-naturais as pessoas não observaram a grandiosidade da natureza como meio terapêutico à saúde.

O estudo de Oliveira, Machado e Rodrigues (2014) identificaram que dos 59 entrevistados 83,05% utilizavam algum tipo de planta medicinal como terapêutica à saúde o que corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa.

Nascimento, Delmondes e Fratari (2014) concluíram ao avaliar o conhecimento de moradores do município de Pontal-MT que a maioria dos atores não substituem um medicamento alopata por plantas medicinais e que estes as utilizam ou fizeram uso desses produtos em algum momento da vida como forma terapêutica complementar ao tratamento de doenças. Cabe destacar que a Organização Mundial de Saúde (OMS,1978) incentiva o uso seguro e evidencia a importância da preservação do saber popular sobre plantas medicinais que contribuem para prevenção e tratamento alternativo de agravos a saúde.

Quanto a parte da planta utilizada, as folhas foram mais evidenciadas com (48%), seguido da flor (13%), fruto, raiz e casca são referidas por (9%) dos informantes, a semente (5%), a planta toda (3%), e o caule bem como a planta toda menos a raiz ambas obtiveram (2%) das indicações (Figura 2).

Figura 2. Parte (s) utilizada (s) das etnoespécies vegetais para o preparo dos remédios pelos informantes da pesquisa.

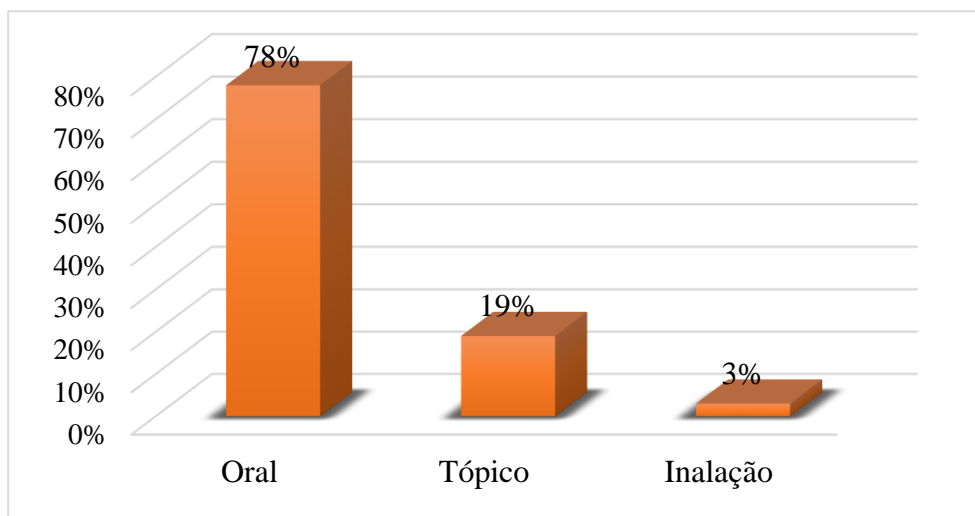


Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A folha foi a parte da planta mais referida pelos informantes do estudo fato (48%) resultado este semelhante ao encontrado na pesquisa de Teixeira et al. (2014) cujo objetivo foi verificar o uso de plantas medicinais no município de Sobral – Ceará. Identificaram que dos 58 entrevistados (70,7%) utilizam as folhas em todos os preparos medicinais para o tratamento de doenças. Por sua vez, a pesquisa de Alcântara, Joaquim e Sampaio (2015) desenvolvida em três Unidades de Saúde da Família do interior de São Paulo obtiveram resultados também convergentes sendo que a folha era utilizada por (92%) dos 25 participantes selecionados pelo estudo.

Com relação a forma de uso notou-se que os “fármacos-natural” ingerem os preparos com maior frequência de modo oral principalmente por meio de chás sendo esta forma a mais representativa apresentando-se um patamar de (78%) das indicações. O uso tópico foi a segunda forma mais citada, com (19%) e inalação com (3%) (Figura 3). Aspecto semelhante a pesquisa realizada por Silva *et al.* (2015) em que cerca de (46%) dos informantes declaram que consomem as plantas medicinais por via oral.

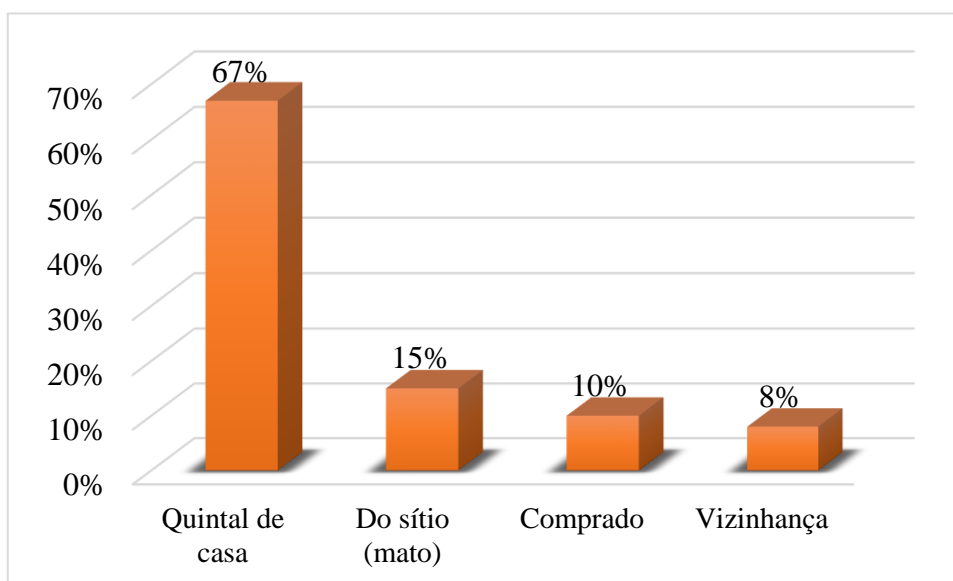
Figura 3. Citações (%) da forma de uso das plantas medicinais em comunidades rurais de Arauá-Se.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No que diz respeito a procedência das etnoespécies constatou-se que os quintais de casa são utilizados pela maioria dos informantes (67%) para obtenção dos produtos vegetais, em seguida o sítio (mato) por 15%, comprado (10%) e na vizinhança (8%) (figura 4).

Figura 4. Indicação (%) dos locais de coleta das etnoespécies medicinais por fármacos-natural do etnoconhecimento.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A utilização de pequenos espaços domiciliar para o plantio de plantas medicinais é uma realidade existente em muitas comunidades rurais brasileiras fato este evidenciado no estudo realizado por Silva, Marini e Melo (2015), notou-se que as plantas medicinais eram cultivadas pelos agricultores familiares em seus quintais de casa sendo que o acervo vegetal era constituído com o passar dos anos decorrente de trocas conhecimento e mudas de plantas entre

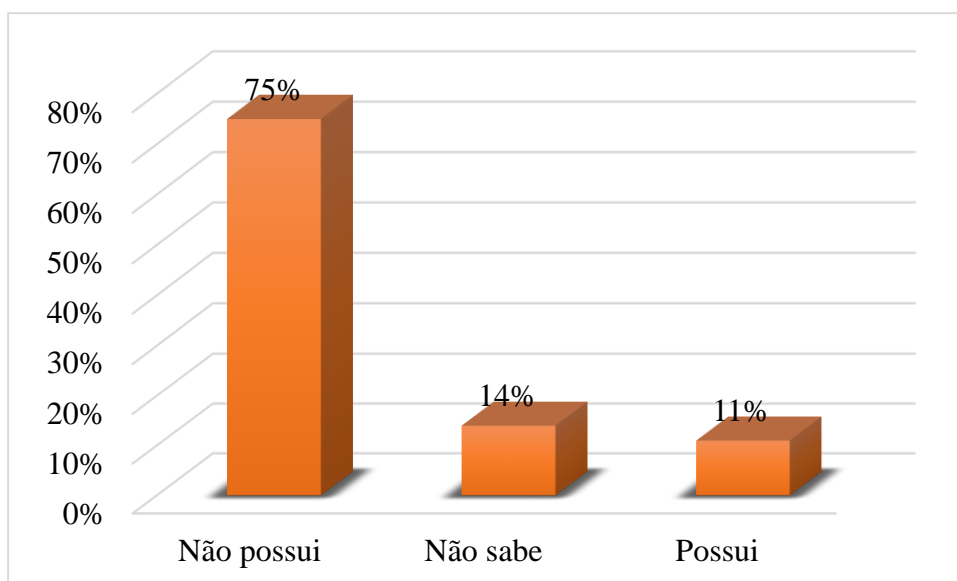
vizinhos, amigos e parentes e outras pessoas de comunidades distintas. Cabe destacar que a escolha do local para plantio e as mudas utilizadas impactam diretamente para qualidade do produto consumido, bem como a perpetuação das etnoespécies destacando a importância para o extrativismo de forma consciente. Botelho, Lameno-Ferreira e Ferreira (2014) observaram em seu estudo que das cidades nordestinas pesquisadas (74%) mencionaram possuir plantas medicinais em seus quintais e uma tendência para um maior cultivo de plantas medicinais em cidades interioranas.

Além desses aspectos, os dados encontrados assemelham-se também aos do estudo de Spagnuolo & Baldo (2009), em que esse cultivo de plantas medicinais no próprio espaço domiciliar é uma prática a qual perpassa centenas de anos baseada nos saberes popular que são transmitidos oralmente na maior parte dos casos por meio de diálogos informais.

Em relação aos efeitos colaterais no uso de plantas medicinais (75%) dos fármacos-natural referiram que os produtos vegetais não possuem consequências impróprias a saúde. Principalmente por considerarem que produtos advindos da natureza não apresentam agravos a saúde. No entanto, (14%) referiram que não sabem se existe algum efeito contrário ao esperado e apenas (11%) afirmaram que as plantas medicinais apresentam efeitos indesejados (Figura 5).

O uso de altas dosagens e de modo incorreto pode acarretar danos à saúde da população e segundo estudo realizado por Heisler et al. (2012) essa situação revela-se preocupante uma vez que as pessoas realizam o uso de plantas medicinais pautados apenas no conhecimento empírico e em sua grande maioria transmitido por meio de gerações o que não garante a qualidade, segurança e eficácia desses produtos que são usados com intuito terapêutico.

Figura 5. Citações (%) dos informantes da pesquisa quanto a presença de efeitos colaterais no uso de plantas medicinais.

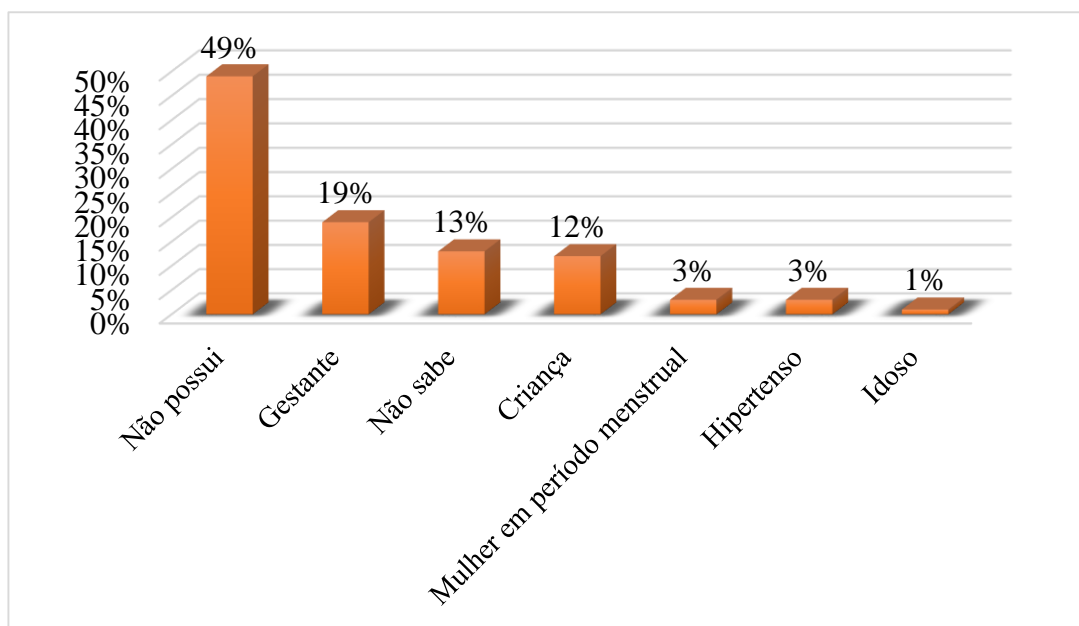


Fonte: Dados da pesquisa 2017.

Maravai et al. (2011), observou em sua pesquisa que 51% dos usuários de plantas medicinais que foram entrevistados não acreditam que os usos de produtos vegetais causem problemas de saúde e (64%) destes defendem que os preparos naturais não fazem mal algum. Para (41%) esses produtos podem causar efeitos contrários ao desejado principalmente quando utiliza-se de plantas sem o conhecimento de seu real efeito como também se ingere volumes excessivos.

Acerca da presença de contraindicações (49%) dos fármacos-natural referiram que os produtos vegetais não possuem consequências impróprias a saúde. Principalmente por considerarem que produtos advindos da natureza não apresentam agravos a saúde. Mencionaram também que gestantes (19%), crianças (12%), hipertensos (3%), mulher em período menstrual (3%) e para pessoas idosas (1%) existem etnoespécies que não devem ser consumidas pois podem ocasionar danos à saúde humana. Outros ainda (13%) não sabem informar se as plantas medicinais proporcionam algum problema (Figura 6).

Figura 6. Contraindicações (%) autodeclaradas pelos fármacos-natural do etnoconhecimento sobre plantas medicinais.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Cabe destacar que os “fármacos-natural” do etnoconhecimento correlacionaram que as etnoespécies vegetais que amargam possuem em sua composição etnofarmacológica substâncias que causam alterações homeostáticas principalmente em gestantes que podem evoluir a um aborto indesejado e/ou hipersensibilidade em crianças. Diante do exposto, Santos, Nunes e Martins (2011), defendem que estudos clínicos com plantas medicinais no Brasil devem ser fortalecidos principalmente pelo fato de que existem plantas medicinais que apresentam potencial toxicológico e seu uso irrestrito pode acarretar complicações.

Quando indagados acerca do **uso dos medicamentos de farmácia e plantas medicinais**. Neste aspecto foram observados sete discursos do sujeito coletivo (DSC)

DSC ⁴ “*Sim utilizo para auxiliar o medicamento não existe contraindicação no uso das plantas medicinais com medicamentos de farmácia*”

DCS ⁵ “*Não misturo não, pra mim não dá certo acho que faz mal à saúde, tenho medo. Primeiro eu uso o da farmácia, depois eu faço meus xaropes e uso minhas ervas*”

DCS ⁶ “*Não as plantas é só paliativo tem que tomar o remédio de farmácia*”

DCS ⁷ “*Dizem que não é bom mas eu faço uso*”

Os entrevistados que se enquadraram no DCS ⁴ correspondem 33,3% (n.3), outros 44,4% (n.4) se enquadraram no DCS ⁵, 11,1% (n.1) expressou o DSC ⁶, 11,1% (n.1) o DSC ⁷. Observamos assim que 4) a utilização de plantas medicinais e medicamentos está presente no cotidiano das comunidades que fazem uso da natureza por considerar que todo produto natural não traz danos à saúde mas contribuem para o bem-estar. 5) por não se sentirem seguros talvez pelo desconhecimento dos reais efeitos colaterais e contraindicações das plantas não as utilizam com medicamentos. 6) defende o uso do medicamento sintético para cura de doenças e observa as plantas medicinais apenas de forma complementar por não possuir o efeito terapêutico esperado. 7) mesmo incerto quanto aos efeitos das plantas medicinais para saúde utilizam das espécies vegetais.

Em pesquisa realizada por Silveira, Bandeira e Arrais (2008), evidenciaram que existe uma crença cultural que tudo proveniente da natureza é natural e não faz mal à saúde, mas é uma inverdade. As autoras destacam que o uso concomitante dos produtos naturais com medicamentos alopáticos podem ocasionar interações benéficas ou não, fato que dependerá da forma de preparo, local de coleta da planta, dosagem utilizada e outros aspectos.

No que diz respeito a **indicação (prescrição) de plantas ou produtos naturais** observou-se que para FN (1) “*Não só quando vejo que a pessoa tá doente eu digo olhe isso é bom mais eu faço para minha família*” e FN (6) “*Não indico. Tenho medo que elas passem mal. As vezes a pessoa ensina e o povo não faz direito, tem medo*”, FN (2) “*Sim. Indico sim, tem pessoas que gostam outras nem acreditam*”, FN (3), FN (4) e FN (8) já indicaram para amigos. FN (5) “*Indiquei para população que acompanho pela pastoral*”. FN (9) “*Já indiquei, muitas pessoas vêm atrás e eu passo*” e FN (7) afirma que “*já indicou*”.

Evidencia-se que 88,8% (n.8) dos participantes indicam as plantas medicinais a outras pessoas, no entanto uma delas utilizam das plantas mas não as indicam, talvez por medo que não sejam utilizadas de forma correta e causem algum mal à saúde das pessoas. Convém ressaltar que o Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL,2006) expõe três aspectos basilares no uso de plantas medicinais: a eficácia, segurança e qualidade para serem priorizados. Porém no discurso dos entrevistados percebeu-se a existência de difícil acesso a essa informação.

2.4.4 *Diálogo de saberes sobre plantas medicinais*

No tocante ao **diálogo com profissionais de saúde sobre os conhecimentos das plantas medicinais** foi possível identificar três diferentes DSCs.

DSC ⁹ *“Não converso com eles pois nunca me perguntam, eles não acreditam”*

DCS¹⁰ *“Já vi um profissional de saúde ensinando a outras pessoas ai eu aprendi”*

DSC ¹¹ *“Sim conversei com um profissional de saúde”.*

O DSC ⁹ foi citado por 55,5% (n.5) dos entrevistados, o DSC ¹⁰ por 22,2 % (n.2) pessoas e o DCS ¹¹ também por 22,2% (n.2) pessoas. Nota-se que há pouco diálogo entre profissional de saúde e população relacionado à esta temática mesmo com o incentivo do Ministério da Saúde para adoção de novas práticas alternativas como meio terapêutico no Sistema Único de Saúde (SUS).

Bittencourt, Caponi e Falkenberg (2002), encontraram resultados em parte semelhantes em que alguns dos profissionais médicos não acreditam nas plantas medicinais como meio terapêutico. Outros profissionais da saúde utilizam e indicam produtos da natureza por encontrarem-se envolvidos com a população em um espaço de troca de conhecimentos por meio do diálogo de saberes.

2.5 CONCLUSÃO

A utilização de plantas medicinais por pessoas das comunidades rurais estudadas é uma realidade, haja vista que a maioria (77,7%) dos “fármacos-natural” consomem e indicam esses produtos a familiares e outras pessoas que os procuram uma vez que possuem as espécies de plantas medicinais no quintal do seu domicílio.

Notou-se que a alfavaca grossa ou hortelã graúdo (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) da família Lamiaceae foi a etnoespécie que se destacou entre as plantas medicinais e apresentou maior evidência no CUP (66,6%) e também recebeu o maior valor de uso. Cabe destacar que em relação ao nordeste brasileiro as 43 etnoespécies encontram-se distribuídas em exóticas 39,5%, nativas 32,5% e naturalizadas 28%, respectivamente. No que diz respeito a ocorrência 84% são cultivadas e 16% são espontâneas.

O none (*Morinda citrifolia* L.) e a arruda (*Ruta graveiles* L.) obtiveram um maior número de indicações de usos (n.5), em seguida o mastruz (*Dysphania ambrosioides*), a canela (*Cryptocarya subcorymbosa*), o picão (*Bidens pilosa* L.), e a alfavaca grossa (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) com (n.4) indicações. Em relação a importância relativa (IR), a etnoespécie arruda (*Ruta graveiles* L.) obteve a maior frequência (2), seguido pela canela (*Cryptocarya subcorymbosa*) e a alfavaca grossa (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) com (1,8) o que revela uma maior versatilidade destas etnoespécies.

O conhecimento popular da natureza está relacionado a transmissão de saberes familiar que ultrapassam gerações. Outro aspecto importante diz respeito a inexistência sobretudo do uso desses preparos concomitante a medicamentos sintéticos no entanto estes são considerados ainda como primeira opção no tratamento terapêutico de doenças.

Cabe destacar que o diálogo entre os profissionais de saúde, mais especificamente dos que possuem nível superior, não ocorre no local pesquisado uma vez que nem os “fármaco-naturais” informam que conhecem e utilizam desses produtos naturais tampouco os profissionais indagam essas questões durante as consultas realizadas nas Unidades de Saúde da Família.

É importante a capacitação profissional para obtenção do conhecimento sobre essas novas terapêuticas não convencionais sendo esta temática incluída como disciplina obrigatória curricular da formação dos profissionais de saúde. Bem como os gestores de saúde darem condições, mas especificamente para prescrição desses produtos da natureza com potencial medicinal o que ampliará o diálogo de saberes e troca de experiências entre usuários e profissionais, além do cuidado à saúde seguro e livre de intercorrências.

2.6 REFERÊNCIAS

AMOROSO, M.C.M; GÉLY, A. Uso de plantas medicinais por caboclos do baixo Amazonas. Barcarena, PA, Brasil. **Boletim do Museu Paranaense Emílio Goeldi**, Série Botânica, Belém, PA, v.4,n.1,p.:47-131, jul,1988.

ALCÂNTARA, R.G.L; JOAQUIM, R.H.V.T; SAMPAIO, S.F. plantas medicinais: o conhecimento e uso popular. **Rev. APS**. v.18, n.4, p. 470 – 48, out/dez. 2015.

ARAUJO, J.L; LEMOS, J.R. Estudo etnobotânico sobre plantas medicinais na comunidade de Curral Velho, Luís Correia, Piauí, Brasil. **Rev Biotemas**, v.28, n. 2, p. 125-136, junho, 2015.

BOTELHO, J.M; LAMANO-FERREIRA, A.P.N; FERREIRA M. L. Prática de cultivo e uso de plantas domésticas em diferentes cidades brasileiras. **Rev. Ciência Rural**, v.44, n.10, out, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Resolução n. 466/12. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília DF: Conselho Nacional de Saúde, dezembro, 2012.

BITTENCOURT, S.C; CAPONI, S; FALKENBERG, M.B. O uso das plantas medicinais sob prescrição médica: pontos de diálogo e controvérsias com o uso popular. **Revista Bras. Farmacogn.**, v.12, supl., p.89-91, 2002.

BOTREL, RT; et al. Uso da vegetação nativa pela população local no município de Ingaí-MG.. **Acta Botânica Brasileira**, v. 1, n.20, p. 1-14, 2006.

CARNEIRO, M.R.B; SANTOS, M.L. Importância Relativa de Espécies com Potencial Uso Medicinal na Flora do Centro Oeste do Brasil. **FRONTEIRAS: Journal of Social, Technological and Environmental Science**, v.3, n.2, jul.-dez. p. 145-163, Anápolis-Goiás, 2014.

DEAGRO. Departamento de Desenvolvimento Agropecuário de Sergipe. **Planos anuais de trabalho para comunidades Colônia Sucupira, Poços e Progresso município de Arauá-SE.** Unidade local de negócios, 2008.

FERNANDES, T.M. **Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 260, 2004.

GIRALDI, M; HANAZAKI, N. Uso e conhecimento tradicional de plantas medicinais no Sertão do Ribeirão, Florianópolis, SC, Brasil. **Revista Acta bot. bras.** v.24, n.2, p.395-406, 2010.

GONÇALVES, N.M.T. et al. A tradição popular como ferramenta para a implantação da fitoterapia no município de Volta Redonda – RJ. **Rev. Bras. Farm.** V.92, n. 4, p. 346-351, 2011.

HEISLER, E.V. et al. Saber popular sobre a utilização da planta *Anredera cordifolia* (folha gorda). **Rev Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p. 937-44, out/dez. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sergipe cidades. **Informações completas do município de Arauá/Se 2010.** Histórico do município. 2017. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=280040>.

LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5ª. Ed. – São Paulo: altas 2003.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Revista Texto Contexto Enferm**, v.23, n. 2, p. 502-7, abr-jun,2014.

MARAVAI, S.G. et al. Plantas medicinais: percepção, utilização e indicações terapêuticas de usuários da estratégia saúde da família do município de Criciúma- SC vinculados ao PET-Saúde Medicinal. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 40, n. 4, 2011.

MENDIETA, M. C. et al. Plantas medicinais indicadas para gripes e resfriados no sul do Brasil. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] v.17, n.3, jul/set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.28882>. Acesso: 10 de outubro, 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social. **Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NASCIMENTO, C.S; DELMONDES, P.H; FRATARI, P.C. Uso de plantas medicinais na percepção dos moradores do município de pontal do Araguaia/MT. **Revista eletrônica UNIVAR**. V.2, n.12, p.137- 140, 2014.

OLIVEIRA, L.A.R; MACHADO, R.D; RODRIGUES, A.J.L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis. **Rev. Bras. Pl. Med.**, V.16, n.1, p. 32-40, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde (1987). União das Nações Unidas. **Cuidados primários em saúde. In: Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata: Ministério da Saúde; 64-6.

PAULINO, R.C; et al. Riqueza e importância das plantas medicinais do Rio Grande do Norte. **Revista de biologia e ciências da terra**, v.11, n.1. 1º semestre, 2011.

RIBEIRO, D.A. et al. Potencial terapêutico e uso de plantas medicinais em uma área de Caatinga no estado do Ceará, nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.16, n.4, p.912-930, 2014.

SANTOS, M.M; NUNES, M.G.S; MARTINS, R.D. Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.14, n.2, p.327-334, 2012.

SANTOS, L.L. et al. **Técnicas para coleta e processamento de material botânico e suas aplicações na pesquisa etnobotânica**. In: métodos e técnicas na pesquisa etnobiológica e etnoecológica. v.1, série: estudos & avanços, Recife, PE: NUPPEA, 2010.

SPAGNUOLO, R.S; BALDO, R.C.S. Plantas Medicinais e Seu Uso Caseiro: o Conhecimento Popular. **Rev. Ciênc. Biol. Saúde**. v.11,n.1, p. 31-4, 2009.

SEMARH. Secretaria de estado do meio ambiente e dos recursos hídricos. **Florestas em Sergipe: construindo uma política florestal**. Estado de Sergipe, 2012.

SILVEIRA, P.F; BANDEIRA, M.A.M; ARRAIS, P.S.D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Rev. Bras. Farmacogn. Braz J. Pharmacogn.** V.18, n.4, p. 618-626, out-dez, 2008.

SILVA, C.G. et al. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área de Caatinga na comunidade do Sítio Nazaré, município de Milagres, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.17, n.1, p.133-142, 2015.

SILVA, M.D.P; MARINI, F.S; MELO, R.S. Levantamento de plantas medicinais cultivadas no município de Solânea, agreste paraibano: reconhecimento e valorização do saber tradicional. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.17, n.4, supl. II, p.881-890, 2015.

SILVA, V.A; et al. **Técnicas para análise de dados etnobiológicos.** In: métodos e técnicas na pesquisa etnobiológica e etnoecológica. Ulisses Paulino de Albuquerque; Recife – PE: NUPPEA, 2010.

SMS, Secretaria municipal de saúde de Arauá-SE. **Remapeamento dos territórios de saúde**, 2016.

TEIXEIRA, A.H. et al. Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais no município de Sobral-Ceará, Brasil. **Rev. S A N A R E**, v.13, n.1, p. 23-28, jan./jun. 2014.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação.** 1ª ed. 20 reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Revista temáticas**, 22, (44), 203-220, ago-dez, 2014.

VIEIRA, L.S; SOUSA, R.S; LEMOS, J.R. Plantas medicinais conhecidas por especialistas locais de uma comunidade rural maranhense. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.17, n.4, supl. III, p.1061-1068, 2015.

CAPÍTULO 3 - POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES SOB A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARAUÁ-SE

3.1 RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem parte do cotidiano das comunidades e pelas visitas domiciliares observam *in loco* as demandas e fatores determinantes ou condicionantes de agravos a saúde. Este estudo objetivou analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde frente a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva, em que realizou-se a aplicação de uma entrevista individual semiestruturada com 10 profissionais da saúde do município de Arauá-SE. Os dados obtidos foram transcritos e analisados conforme metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A partir das informações levantadas, constatou-se que os ACS possuem conhecimento superficial sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Mesmo assim, utilizam-se e indicam-se no momento da visita domiciliar plantas com potencialidades medicinais a população da sua microárea.

Palavras-chave: Cuidado em Saúde, Programa Saúde da Família, Plantas Medicinais, Terapêutica Alternativa

3.2 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para mudanças efetivas na saúde pública brasileira. Um dos pontos principais foi a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994 como modelo de atenção centrado na família e no desenvolvimento de atividades preventivas para coletividade (NETO, 2000).

Neste sentido, o agrupamento de profissionais foi necessário para composição de uma equipe multiprofissional que superasse os desafios na implementação de uma política pública equânime e de qualidade. Dos profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem que compunham a equipe mínima os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) além de serem maioria desempenham suas atribuições e garantem a comunicação e o vínculo entre os serviços de saúde com a população (FIQUEIREDO, 2017).

Os ACS fazem parte do cotidiano das comunidades e pelas visitas domiciliares conseguem observar *in loco* as demandas e fatores determinantes ou condicionantes de agravos

a saúde, como também, podem incentivar mudanças de hábitos inadequados por meio de ações de promoção e prevenção de doenças (BRASIL, 2009).

A percepção desses profissionais quanto as políticas públicas de saúde, especificamente neste estudo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares revela os caminhos percorridos e os desafios a se enfrentar para o fortalecimento desta política no nível primário de atenção. Por estarem, em convívio diário com a população adstrita, os ACS caracterizam-se como sujeitos com conhecimento teórico e/ou prático para refletir sobre o objeto de estudo.

Esta política pública de saúde destaca-se das demais por ofertar a população diferentes abordagens do cuidado, tornando-se disponível outras opções terapêuticas, que prezam pela saúde humanizada e integral em que prioriza-se a segurança, a eficácia e a qualidade (BRASIL, 2015).

A pesquisa teve como questão norteadora: os ACS conhecem a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares? Nessa conjuntura o estudo objetivou analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde frente a política nacional de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde e como esta é percebida no município de Arauá-SE.

3.3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva realizada com ACS do município de Arauá-SE. Para a escolha amostral, optou-se pelo método não probabilístico do tipo intencional por conveniência em que os sujeitos são selecionados por serem mais acessíveis (ALENCAR, 1999). O estudo foi apresentado inicialmente aos gestores de saúde municipal momento este em que houve a assinatura da carta de anuência pela secretária de saúde (APÊNDICE D) e agendou-se uma data para realizar a exposição aos ACS, momento em que todos foram convidados a participar da pesquisa.

Após a aprovação do comitê de ética e pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe sob protocolo CAAE: 69372817.0.0000.5546 e parecer nº. 2164593 (ANEXO) iniciaram-se as atividades. Como critérios de inclusão no estudo observou-se: ser agente comunitário de saúde do município independentemente do tipo de vínculo empregatício; não estar em situação de férias ou licença durante os meses da pesquisa; desejar participar do estudo.

Observando-se os aspectos de inclusão os participantes agendados antecipadamente foram convidados a assinar o Termo de Livre Consentimento Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Neste mesmo momento, o pesquisador pode expor sobre características relevantes do estudo. Após responderam a um formulário de entrevista individual semiestruturada com perguntas abertas acerca do objetivo de estudo.

Os dados coletados com a entrevista semiestruturada foram sistematizados em quadros elaborados no programa Microsoft Word (2010), para facilitar a análise das informações obtidas. Estas, ocorreram por meio do método Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefevre e Lefevre (2014). Para isso, as falas foram transcritas na íntegra e posteriormente organizadas em categorias que evidenciaram as ideias principais dos argumentos. Utilizou-se também do diário de campo para anotar outras informações importantes que pudessem ser observadas no campo empírico.

Com o propósito de preservar o anonimato, os participantes receberam códigos equivalentes a P1 para participante 1), P2 para (participante 2), respectivamente. Este estudo encontra-se de acordo com a resolução nº. 466/12 do - Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

3.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.4.1 Perfil dos entrevistados

O município de Arauá-SE possui atualmente um total de 26 profissionais agentes comunitários de saúde (ACS). Observados os critérios de exclusão e inclusão 10 destes profissionais desejaram participar e colaborar com o estudo. Possuem uma idade mínima de 33 anos e a máxima 51 anos, sendo que 90% destes eram mulheres e 10% homens. Quando indagados se possuíam religião (20%) consideram-se ateus, (20%) evangélicos e (60%) se autodeclararam católicos. Atuam no serviço público de saúde em uma frequência mínima de 12 anos e a máxima de 20 anos como ACS. Sendo que 80% deles possuem nível médio completo e os demais, nível superior completo em diferentes áreas da ciência.

Os dados encontrados, estabelecem semelhanças ao estudo de Cogo *et al* (2013), em que observaram-se uma faixa etária de 20 a 50 anos como sendo a mais significativa (90%) e a

predominância em totalidade do público feminino. Quanto ao tempo de exercício profissional obtiveram uma média de 5,36 anos. E com relação a escolaridade notaram que 54,54% possuíam ensino médio completo, sendo que 27,27% concluíram o ensino superior.

3.4.2 Percepção dos ACS sobre políticas públicas de saúde, dificuldades e potencialidades a nível primário de atenção.

Em relação ao **conhecimento de políticas públicas de saúde** observou-se segundo a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), três DSCs:

DSC¹: *“O Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal política pública e suas ações deveriam ser preventivas por meio de reuniões, palestras educativas, trabalhos com a comunidade preservando a promoção da saúde o que não acontece na prática”*

DCS²: *“As políticas públicas de saúde referem-se a saúde da mulher, puericultura, cuidado ao idoso, adolescentes, gestantes, acompanhamento nutricional e odontológico de crianças, diabéticos, hipertensos, saúde mental, conselho tutelar, assistência social, centro de referência da assistência social e visitas domiciliares”.*

DSC³: *“Não conheço nenhuma política de saúde”*

O primeiro diálogo refere-se a (30%) dos ACS, o segundo (50%) e o terceiro (20%). Assim, destacam-se as ideias centrais: 1) O SUS é a principal política pública de saúde. 2) O conhecimento sobre políticas públicas de saúde brasileiras encontra-se em consonância com as ações que tornam a política efetiva. 3) Trabalhadores da saúde afirmam desconhecerem as políticas públicas de saúde.

Para o desenvolvimento das ações preconizadas pelas políticas públicas de saúde é necessário o conhecimento por parte da equipe, especificamente dos ACS sobre inicialmente do que é, quais e como estas são peças chave para melhorias dos serviços de saúde nos diversos níveis territoriais. Dos entrevistados, 50% apresentaram em seus relatos algumas das políticas de saúde como: mulher, idoso, adolescente, criança, saúde mental, mesmo que de forma superficial. Neste contexto, Alencar (2014) afirma que é importante um novo perfil do profissional de saúde frente aos desafios da saúde pública atual.

Cabe destacar que um número considerável de atividades que materializam as políticas públicas de saúde ou seja ações práticas a serem desenvolvidas também foram evidenciadas,

porém a relação entre política de saúde e suas ações devem ser consideradas e entendidas de forma indissociável para atingir seus objetivos.

No que se refere aos saberes quanto as **políticas públicas de saúde e sua efetividade na atenção primária a saúde**, foram encontrados quatro DCSs:

DSC⁴: *“Falta o querer dos gestores e apoio de outros órgãos para colocar em prática tudo que as políticas de saúde têm a oferecer”*

DSC⁵: *“É necessário o treinamento dos profissionais de saúde seja por meio de reuniões e/ou palestras”*

DSC⁶: *“Sair do papel, precisa-se de mais recursos e a orientação da população sobre as políticas de saúde e como estas é importante para vida delas”*

DSC⁷: *“Não sei responder à questão”*

O discurso quatro representa (50%) dos participantes, o quinto (20%), o sexto (20%) e o sétimo (10%). Nesta perspectiva observa-se 4) A decisão da implantação das políticas de saúde encontra-se nas mãos dos gestores. 5) A formação dos profissionais é essencial para potencializar as ações das políticas de saúde. 6) É necessário transcender dificuldades gerenciais, locais e financeiras para qualificar a atenção básica. E 7) Inexiste o conhecimento a respeito das políticas públicas que normatizam e deliberam os serviços de saúde no Brasil.

O olhar e interesse dos gestores públicos estão intimamente ligados as mudanças no cenário da saúde a nível primário de atenção. No setor saúde, estes são responsáveis pelo planejamento das ações de saúde, aprimoramento e qualificação dos recursos humanos, a realização do trabalho em parcerias com outras secretarias e a pactuação dos indicadores (COGO, et al. 2013).

Por outro lado, algumas reflexões devem ser consideradas uma vez que o gestor é parte responsável pelo processo de saúde da população e a depender de suas características de trabalho acabam distanciando os outros servidores da saúde por meio de uma gestão centrada na técnica e obtenção de resultados. O que contraria ao proposto pelo Ministério da Saúde frente a necessidade da ampliação da gestão participativa. Além disso, é notório que os ACS mesmo não possuindo conhecimento acerca das diferentes políticas de saúde nacional compreendem que é importante repensar as formas de cuidado ofertados a população.

3.4.3 Política de práticas integrativas e complementares em saúde na visão dos ACS

Acerca do **conhecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**, para o entrevistado P2 (mulher, 42 anos) “*quando eu comecei a trabalhar*”;

P3 (mulher, 51 anos) “*primeiro pela internet e depois com o aperfeiçoamento que teve aqui*”;

P4 (mulher, 48 anos) “*já conhecia antes a prática das ervas. A partir do curso EDPOP-SUS⁶ estou construindo um conhecimento profundo, aprendendo a cuidar melhor das pessoas e de mim mesma*”;

P5 (mulher, 42 anos) “*por meio do curso que a Secretaria de Saúde trouxe. Eu já conhecia algumas práticas como Haike e massagem*”;

P6 (mulher, 41 anos) “*por meio do meu trabalho*”;

P8 (mulher, 41 anos) “*durante o meu tempo que trabalho, nem todas a gente utiliza a não ser as plantas as outras não vejo a utilização pelos pacientes*”;

P9 (mulher, 34 anos) “*foi por meio do curso EDPOP-SUS ele é a nível Federal*”;

P10 (mulher, 36 anos) “*no dia-a-dia no trabalho mesmo*”;

P1 (homem, 33 anos) e P7 (mulher, 42 anos) desconhecem esta política de saúde.

Para Carvalho *et al* (2008), a política nacional de práticas integrativas e complementares nos faz refletir sobre as novas formas de cuidado que devem ser ofertados pelos serviços públicos de saúde à população de maneira a complementar os tratamentos convencionais e integrar o ser humano com a natureza e a sociedade. Cabe evidenciar que 90% dos ACS da pesquisa possuem conhecimento e alguns deles buscam aprofundar seus saberes frente à esta temática.

⁶ EDPOP-SUS – É um curso de aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdpopSUS), ação estratégica da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) que visa qualificar profissionais que atuam na atenção básica a saúde sobre o uso de plantas medicinais, fitoterápicos e outras terapias alternativas que podem ser disponibilizadas à população nos serviços de saúde a nível municipal. A seleção é por meio de edital lançado anualmente pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2017).

No que diz respeito ao **desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção a saúde propostas pela política de práticas integrativas e complementares** notou-se nos DSC:

DSC⁸: *“Sim a gente utiliza, seja durante as visitas domiciliares informando a população como fazer os chás, banhos, massagens em bebês e xaropes, especialmente quando encontro alguma criança gripada, e nas rodas de conversa em grupo na unidade”;*

DSC⁹: *“Não, nunca utilizei”;*

DSC¹⁰: *“Sim, já fiz um curso pela pastoral da criança e sei como e para que serve algumas ervas”;*

O DSC⁸ representou 80% das respostas dos entrevistados, DSC⁹ representou 10% e o DSC¹⁰ por 10%. Destaca-se então que 8) Os agentes de saúde possuem certo conhecimento, utilizam e indicam práticas alternativas, sobretudo as plantas medicinais durante as visitas domiciliares. 9) Existem profissionais que não utilizam dessa política e 10) A busca pelo aperfeiçoamento profissional quanto as plantas medicinais é uma realidade local.

Em relação ao **que pode ser melhorado quanto a política de práticas integrativas e complementares** conforme o método do (DSC) foram encontrados dois DSCs:

DSC¹¹: *“Ser mais difundida para que a população conheça é necessário resgatar o aprendizado sobre as ervas, seja por cursos e/ou capacitações”*

DSC¹²: *“Não conheço está política de saúde”*

O DSC¹¹ foi expresso por 80% dos ACS e o DSC¹² por 20%. Desse modo, nota-se que 11) É necessário tornar público para população as ações a serem realizadas conforme estabelece as políticas de saúde que abordam novas práticas de cuidado, sobretudo a utilização de plantas medicinais como meio alternativo e 12) Mesmo trabalhando como profissionais de saúde, por no mínimo 12 anos, ainda existem profissionais da área de saúde que afirmam as políticas de saúde.

A despeito do **uso de plantas medicinais por moradores das microáreas**, observou-se que em todas as comunidades de abrangência existem um ou mais indivíduos locais que utilizam desta prática em seu cotidiano, além disso P3 (mulher, 51 anos) afirma que para *“os mais antigos e mais jovens a gente passa conhecimento, eu mesmo faço uso”*.

P9 (mulher, 34 anos) expõe que “*geralmente quase todo mundo tem alguma coisa no quintal. E os hipertensos relatam que param de tomar a medicação e só faz uso de plantas ou associa os dois*”.

A utilização dos produtos naturais exige cautela, é notório que as visitas domiciliares realizadas por estes profissionais representam um espaço de troca de saberes e conhecimentos. No entanto, quando se indica ou até faz-se uso de plantas medicinais sem o saber necessário expõem-se a riscos e estes podem ser elevados uma vez que a fitoterapia é quase sempre presente e de fácil acesso a toda população. Desse modo, Pereira e Albiero (2015) destacam a necessidade da capacitação sobre esse assunto uma vez que o uso de plantas medicinais é amplo e é um tema relevante para todas as áreas.

Foram investigados também os aspectos quanto ao **diálogo com pessoas da comunidade: conhecimento e uso de plantas medicinais**. Identificaram-se três diferentes DSCs, descritos a seguir:

DSC¹³: “*Não existe pessoas com conhecimento a respeito da utilização de plantas medicinais na minha microárea, logo não há diálogo*”

DCS¹⁴: “*Possui sim, toda população praticamente usa de plantas e sementes*”

DCS¹⁵: “*Existe, durante minhas visitas domiciliares este é um assunto recorrente, como também é um momento em que dialogo para adquirir mais conhecimentos sobre as plantas por meio da troca de experiências*”

O décimo terceiro aspecto é observado nas falas de 20% dos entrevistados, o décimo quarto discurso foi exposto por 10% e 70% dos entrevistados correspondem ao décimo quinto. Logo, pode-se inferir que 13) Existem pessoas que não conhecem plantas medicinais; 14) A população utiliza de produtos da natureza em suas diferentes formas; e 15) As visitas domiciliares podem ser um espaço aberto ao diálogo entre profissional de saúde e a população, propício ao aprendizado de novos saberes, principalmente sobre plantas medicinais.

Segundo Ferreira *et al* (2010) o ACS é um sujeito multiplicador de informações principalmente na microárea que atuam. Sua função perpassa ser vínculo ou até “ponte” entre os serviços públicos de saúde e as famílias das comunidades. Observaram também que as visitas são utilizadas para tratar dos diversos assuntos, inclusive dos aspectos ambientais e suas

relações com a saúde. O que corrobora com este estudo visto as afirmativas frente a discussão e troca de saberes e experiências.

A pesquisa de Silva e Damalzo (2002) identificaram que os ACS configuram-se como um elemento de mudança de concepções ou até do modelo de saúde hospitalocêntrico ainda presente no país, bem como fazem parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo diálogo com os indivíduos das comunidades que evidenciam os problemas locais e em equipe resolvem tais questões (BRASIL, 2007)

Acerca da **Farmácia Viva**⁷ os ACS, obteve-se as seguintes respostas dos entrevistados:

P1 (homem, 33 anos) *“já ouvi falar é superinteressante, agora tem muita gente que se recusam a tomar essas drogas e acabam utilizando as vezes sem saber para quê”;*

P2 (mulher, 42 anos) *“sim já ouvi é tanto que peguei a ficha para me inscrever em um curso pela Universidade Federal de Sergipe”;*

P3 (mulher, 51 anos) *“Já é uma coisa que a gente sempre fez uso e hoje se modernizou e está voltando. Antes nossas mães e avós faziam em casa. Hoje são distribuídos na farmácia”.*

P4 (mulher, 48 anos) *“ sim é os remédios naturais”;*

P5 (mulher, 42 anos) *“Sim, já ouvi falar, gostei da ideia”;*

P6 (mulher, 41 anos) *“já ouvi, mas não conheço”;*

P7 (mulher, 42 anos) *“não, nunca ouvi;*

P8 (mulher, 41 anos) *“sim, acho excelente, melhor ideia não poderia existir. Era o que faltava no trabalho do agente comunitário de saúde”.*

P9 (mulher, 34 anos) *“Já ouvi é um projeto saudável”;*

⁷ Farmácia Viva – é um espaço em que realiza-se desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme preconiza a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e o Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2010).

P10 (mulher, 36 anos) “*sim conheço, achei interessante deveria ser ampliado fazendo palestras para as pessoas terem mais conhecimento*”.

Assim como as políticas públicas de saúde os programas também corroboram com a qualificação do cuidado o estudo de Pereira *et al* (2015) evidenciaram a importância desse programa como uma forma de diminuir custos no que se refere a compra de medicamentos sintéticos, a correlação entre os saberes tradicional e científico em um mesmo espaço e a aceitação por parte da população e profissionais desta nova alternativa terapêutica. No entanto este “ouvir falar” pode representar a necessidade de capacitação, aperfeiçoamento e incentivo deste público em parte responsáveis pelas melhorias dos indicadores da Estratégia Saúde da Família, que por meio do seu trabalho diário realizam atividades de promoção e prevenção à saúde humana nos diversos ambientes.

A despeito da **segurança profissional para o trabalho com as práticas alternativas:**

P1 (homem, 33 anos) revela que “*não porque não conheço muito*” bem como para P7 (mulher, 42 anos) “*não me sinto seguro*”. Por outro lado para P2 (mulher, 42 anos) “*sim me sinto*”, P3 (mulher, 51 anos) “*sim, não com o curso que teve, pois foi muito rápido, mas se tiver um aperfeiçoamento sim*”. P4 (mulher, 48 anos) “*sim me sinto segura*”, P5 (mulher, 42 anos) “*sim tranquilamente faria se possuísse mais conhecimento das práticas*”, P6 (mulher, 41 anos) “*sim, mas é necessário um aprimoramento, pois existem situações de pessoas que tem alergia*”, P8 (mulher, 41 anos) “*me sinto, porque eu sei que é uma coisa que não faz mal ao paciente, pois é natural, mas não pode abusar*”. P9 (mulher, 34 anos) “*sim com certeza. Faço a orientação sobre as ervas o que mais a gente está estudando, a equidade e igualdade*” e P10 (mulher, 36 anos) “*sim me sinto. Os chás eu oriento muito para ferimentos aconselho lavar com uma erva*”.

Nota-se que em 80% dos ACS entrevistados sentem-se seguros no trabalho com práticas alternativas ao cuidado mesmo não possuindo um aprofundamento teórico sobre o tema. Destaca-se que existe situações que merecem atenção uma vez que para prescrição (indicação) de produtos da natureza é importante que se tenha conhecimento a respeito do modo de preparo, da espécie de planta, das contraindicações, dos efeitos adversos e sobretudo da dosagem indicada a cada faixa etária da população. A pesquisa de Monte *et al* (2017) expôs que 61% dos 76 ACS recomendavam as plantas medicinais a famílias residentes em sua área de abrangência e a maioria (94%) consideraram que as plantas medicinais possuem contraindicação nas diversas fases da vida.

Neste estudo a minoria (20%) evidenciaram não se sentirem seguros o que ratifica a necessidade do olhar dos gestores locais da saúde quanto a importância da formação continuada desses profissionais para ampliar seus saberes haja vista as constantes mudanças da sociedade.

Observou-se também se houve no município alguma iniciativa: curso ou capacitação relacionada a política de práticas integrativas e complementares. Neste sentido, P1 (homem, 33 anos) relata que *“lembro que teve não sei se foi um curso ou demonstração mas já teve”*, P2 (mulher, 42 anos) *“já sim, na escola técnica de saúde do Sistema Único de Saúde de Sergipe”*, P3 (mulher, 51 anos) *“sim, um curso de aperfeiçoamento”*, P4 (mulher, 48 anos) *“já inclusive já fiz vários”*, P5 (mulher, 42 anos) *“sim um curso que existiu ano passado”*, P6 (mulher, 41 anos) *“no município não lembro. Mas, a Empresa de Desenvolvimento Agropecuário de Sergipe (EMDAGRO) já ofereceu cursos sobre alimentação alternativa, sucos de ervas com o capim santo e limão e reaproveitamento de cascas de alimento”*. P7 (mulher, 42 anos) *“já existiu, fiz muitos”*, P8 (mulher, 41 anos) *“sim, foi feito um dia de curso sobre a prática com alimentação alternativa, eu trouxe para o povoado sucupira pela pastoral da criança”*, P9 (mulher, 34 anos) *“não lembro. Realmente teve um curso mas não foi no município falou do Heike e da massagem. Mas aqui não tem nenhum incentivo”*, P10 (mulher, 36 anos) *“tenho conhecimento que sim, mas eu não participei teve uma equipe que veio para o município e incentivou essa prática”*.

Inúmeros são os desafios para efetivação de uma política de saúde em rede, especificamente da política de práticas integrativas e complementares uma vez que aborda novos conceitos de práticas terapêuticas, outras formas de aprender a cuidar de si e de outras pessoas. Para que isso aconteça é necessário o investimento profissional e estrutural para que se possa garantir a população um acolhimento de qualidade, cuidado integral, seguro e humanizado (JÚNIOR, 2016).

3.5 CONCLUSÃO

O estudo revelou a percepção de ACS no município de Arauá, estado de Sergipe e não deve ser interpretado de forma global. Pode-se observar que embora (80%) dos ACS relatem possuir conhecimentos sobre as políticas públicas de saúde, mais especificamente da política nacional de práticas integrativas e complementares nota-se uma superficialidade nos discursos. Mesmo assim, (80%) destes profissionais expõem-se a riscos, utilizam e indicam no momento

da visita domiciliar plantas medicinais e fitoterápicos a população de sua microárea que também ficam expostas a agravos a saúde.

Nesta perspectiva é importante a formação continuada desses profissionais como meio para qualificação e aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde conforme normatiza as políticas públicas, sobretudo a de práticas integrativas e complementares que envolve aspectos da saúde e meio ambiente em uma mesma dimensão, haja vista que mesmo não possuindo um conhecimento profundo sobre a temática referem-se estar seguros quanto a indicação (prescrição) desses produtos da natureza.

Notou-se também que gestores de saúde iniciaram o processo de implantação da política de práticas integrativas e complementares a nível municipal no entanto foi pouco disseminado entre todos os envolvidos. Além disso, ocorreram mudanças de gestão o que em muitos casos descontrolou e não dão continuidade as ações que foram planejadas anteriormente.

A relação entre gestores, ACS e usuários devem ser priorizadas sobretudo quando se trata da adesão e implementação de novas formas de cuidado que complementam os tratamentos terapêuticos disponíveis.

3.6 REFERÊNCIAS

ALENCAR, C.A.B; et al. Conhecimento de agentes comunitários de saúde acerca do sistema único de saúde e sua operacionalização - Araripina, Pernambuco. **Revista de políticas públicas S A N A R E**. v.13, n.2, p. 50-56, jun./dez. 2014

ALENCAR, E. **Introdução à metodologia de pesquisa social**, UFLA, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso** / Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da saúde, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. **Resolução n. 466/12**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília DF: Conselho Nacional de Saúde, dezembro, 2012.

BRASIL. **Portaria n.886 de 20 de abril de 2010**. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, A.C.B. et al. Situação dos registros de medicamentos fitoterápicos no Brasil. **Rev. Bras. Farmacogn.** v.18, n.2, p. 314-319, Abr./Jun. 2008.

COGO, L.A; et al. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a fisioterapia na atenção primária. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v.39, n.1,p.101-111, 2013.

FERREIRA, L.A. et al. Meio ambiente e saúde: a visão dos agentes comunitários de saúde da cidade de Itapetinga – BA. **Rev.Saúde.Com.** v. 6, n.2, p.148-159, 2010

FIGUEIREDO, E.N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. **UNA-SUS UNIFESP.** 2017 Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Educação Popular em Saúde (EdpopSUS)**, 2017. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsv.fiocruz.br/>

JÚNIOR, E.T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Revista estudos avançados**, v.30, n.86, p.: 99-112, 2016

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Revista Texto Contexto Enferm**, v.23, n. 2, p. 502-7, abr-jun,2014.

MONTE, N.L; et al. Sensibilização dos agentes comunitários de saúde sobre as plantas medicinais e fitoterápicos: um relato de experiência. **II CONBRACIS**, junho, 2017.

NETO, M.M.C. **A implantação da unidade de saúde da família**. Brasília: ministério da saúde, secretaria de políticas de saúde, departamento de atenção básica, 2000.

OLIVEIRA, R.F; SANTOS, C.A; GOMES, L.J. Análise do Programa Nacional de Capacitação com Gestores Ambientais de Sergipe na visão dos participantes. **Revista Interações (Campo Grande)** [online]. V.16, n.2, p.:377-383, 2015.

PEREIRA, A.V.G; ALBIERO, A.L.M. A valorização da utilização de plantas medicinais na atenção básica: oficinas de aprendizagem. **Arquivos do MUDI**, v19, n2-3, p. 23-42.

PEREIRA, J.B.A; et al. O papel terapêutico do Programa Farmácia Viva e das plantas medicinais no centro-sul piauiense. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.17, n.4, p.:550-561, 2015.

SILVA, J.A; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Revista Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-96, fev, 2002.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: Conhecimento e usos de plantas medicinais e suas interconexões com a saúde pública do município de Arauá/SE

Pesquisador: Fabrício Nicácio Ferreira. Mestrando em Desenvolvimento e Meio Ambiente PRODEMA/UFS

Orientadora: Prof. Dra Laura Jane Gomes

II – Termo de Consentimento

Estaremos realizando um estudo que tem como objetivo geral analisar as interconexões do saber e uso popular de plantas medicinais com propriedades terapêuticas e a melhoria da saúde pública do município de Arauá-Se. Desse modo, por meio de critérios pré-estabelecidos a investigação será realizada no município de Arauá-SE nas comunidades rurais Poços, Progresso, Colônia Sucupira e Sapé, por compor uma mesma área adstrita e características culturais semelhantes quanto ao uso de plantas medicinais em seu cotidiano.

Para sua realização o pesquisador aplicará uma entrevista semiestruturada a “fármacos-natural” do conhecimento local sobre plantas medicinais e suas contribuições para a qualidade dos serviços de saúde ofertados, como também aos profissionais de saúde do município.

As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com propósito científico, conforme recomenda a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe de pesquisas envolvendo seres humanos. Os resultados serão publicados com garantia total de anonimato. Você poderá ter acesso, a qualquer tempo, aos dados da pesquisa, eliminando possíveis dúvidas. Além de que a (o) senhor (a) tem a liberdade de desistir a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

A pesquisa tem por relevância a preservação do conhecimento popular sobre plantas medicinais atrelado a sua importância para o cumprimento das políticas públicas de saúde como determina as leis brasileiras e proporcionar melhorias nos serviços de atenção primária municipal, por meio de um panorama da realidade local que será apresentado ao final do desenvolvimento do estudo.

III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Fabrício Nicácio Ferreira. Graduado em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/UFS. Lagarto-Aracaju (SE), Brasil e-mail: fabriciogte@bol.com.br Fone: (79) 99902-5080
2. Laura Jane Gomes. Professora Dr^a em Engenharia Agrícola pela Universidade Estadual de Campinas. Universidade Federal de Sergipe/UFS. São Cristóvão (SE), Brasil e-mail: laurabuturi@gmail.com Fone: (79) 98805-3659

IV – Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador, e, tendo entendido o que me foi explicado, consinto participar da referida pesquisa.

Aracaju/Se, _____ de _____ de 2017

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE
NÍVEL MESTRADO**



DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Nome:	Endereço:
Profissão:	Tempo que reside na comunidade rural:
Idade:	Escolaridade:
Religião:	
ETNOCONHECIMENTO SOBRE PLANTAS MEDICINAIS DOS FÁRMACO-NATURAL	
1. Como o (a) senhor (a) faz uso de plantas medicinais? Para quê? (Distribui para vizinhança, complementação da renda familiar...)	
2. Relação de plantas conhecidas pelos fármacos-natural:	

NOME POPULAR	INDICAÇÃO (USO)	PARTE UTILIZADA	MODO DE PREPARO (RECEITA)	VIAS DE ADMINISTRAÇÃO	DOSAGEM	EFEITO COLATERAL	CONTRAINDICAÇÃO	PROCEDÊNCIA
Observação: se o quadro for preenchido completamente pode utilizar-se do verso da página não esquecendo de enumerá-la. Ex: Continuação 2.								
3. Como o (a) senhor (a) adquiriu o conhecimento a respeito das espécies de plantas medicinais?								
4. O (A) senhor (a) já indicou (prescreveu) essas plantas medicinais a outras pessoas? Para quem?								
5. O (A) senhor (a) em algum momento já compartilhou o conhecimento que possui sobre as plantas medicinais a outras pessoas? Em caso afirmativo por quê?								
6. O (A) senhor (a) já utilizou de medicamentos sintéticos (obtidos em farmácias) e plantas medicinais ao mesmo tempo (chás, xaropes, tintura, etc.). Por quê? Para quê?								
7. O (A) senhor (a) já conversou com algum profissional da saúde sobre seu conhecimento em relação as plantas medicinais? Caso afirmativo. Qual (is) profissional (is)?								

8. Do seu ponto de vista existe um espaço de diálogo para troca de saberes sobre plantas medicinais?
9. Como foi a receptividade do profissional quando o senhor informou que faz uso de espécies de plantas medicinais como meio terapêutico alternativo?
10. O senhor (a) já ministrou algum curso ou palestra de capacitação a outras pessoas? Se afirmativo. Para quem?
Observação: Caso as linhas sejam insuficientes pode-se utilizar do verso da página não esquecendo de enumerá-la. Ex: Continuação 10.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE
NÍVEL MESTRADO**



DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Nome:	Endereço:
Profissão:	Tempo que atua como Agente Comunitário de Saúde:
Idade:	Escolaridade:
Religião:	
PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	
1. Quais políticas públicas de saúde o (a) senhor (a) conhece? Qual (ais) o (a) senhor (a) considera como principal (ais)?	
2. Como o senhor (a) passou a conhecer a política nacional de práticas integrativas e complementares?	
3. O (A) senhor (a) já utilizou desta política nas atividades de prevenção e promoção da saúde da população? Caso afirmativo. De que forma?	

4. No município já existiu algum curso ou capacitação relacionada as práticas integrativas e não convencionais em saúde como meio terapêutico? Qual atividade?
5 . O (A) senhor (a) sente-se seguro (a) para trabalhar com essas práticas em suas atividades laborais diárias? Em caso negativo. Na sua percepção o que falta?
6. Na sua visão o que falta nas políticas públicas de saúde para se tornarem efetivas?
7. Quanto a política nacional de práticas integrativas e complementares o que pode ser melhorado?
8. Já houve alguma iniciativa da adoção desta política pelos gestores de saúde no município? Caso negativo, por quê? Caso afirmativo, quais?
9. O senhor (a) já ouviu falar sobre o Programa Farmácia Viva? Caso afirmativo, o que achou?

10. Existem pessoas residentes em sua microárea que fazem uso de plantas medicinais? Caso afirmativo. Quem são?
11. O (A) senhor (a) dialoga com as pessoas da comunidade que possuem conhecimento do uso de plantas medicinais como prática terapêutica? Porquê?
Observação: Caso as linhas sejam completamente preenchidas pode utilizar-se do verso da página não esquecendo de enumerá-la. Ex: Continuação 11.

APÊNDICE C – ETNOESPÉCIES MEDICINAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE
NÍVEL MESTRADO



RELAÇÃO DO MATERIAL BOTÂNICO COLETADO

DATA: 27 /07/2017

COLETORES: Fabrício Nicácio Ferreira / Roqueline Lins Santos

LOCAL: Colônia Sucupira – Arauá /SE

NOME POPULAR	TEXTURA PLANTA	CHEIRO/ODOR/ RESINAS	PRESENÇA DE FLOR/FRUTO	ALTURA	LOCALIZAÇÃO	TIPOLOGIA VEGETAL	TEXTURA DO SOLO
None	Lisa		Flor (branca) / Fruto	8 m	11°19'48,85" S 37°36'14,87" W	Arbórea	Arenoso
Arruda	Lisa	Cheiro		30 cm	11°19'39,09" S 37°36'4,42" W	Erva	Arenoso
Alfavaca/ hortelã graúdo	Pilosa	Cheiro		90 cm	11°19'40,14" S 37°36'5,75" W	Erva	Arenoso
Sabugueiro	Lisa	Cheiro	Flor (branca)	1 m	11°19'27,61" S 37°35'58,29" W	Erva	Arenoso

Manjerição	Lisa	Cheiro	Flor (Branca)	30 cm	11°19'35,48" S 37°36'55" W	Erva	Arenoso
Cravo de defunto	Rugosa	Cheiro	Flor (Laranja)	38 cm	11°19'27,91" S 37°35'59,04" W	Erva	Arenoso
Mertiolate	Membranosa		Fruto	1, 40 m	11°19'39,23" S 37°36'4,42" W	Arbustiva	Arenoso
Graviola	Lisa	Cheiro	Fruto	10 m	11°19'38,2" S 37°36'4,39" W	Arbórea	Arenoso
Canela	Coriácea	Cheiro		10 m	11°19'32,15" S 37°36'5,69" W	Arbórea	Arenoso
Crista de galo	Pilosa	Cheiro		12 cm	11°19'47,67" S 37°36'12,71" W	Erva	Arenoso
Picão	Lisa		Flor (amarela)	31 cm	11°35'41,72" S 37°35'55,02" W	Erva	Arenoso
Pega pinto	Lisa	Cheiro	Flor (amarela)	30 cm	11°19'49,4" S 37°36'13,63" W	Erva	Arenoso
Pitanga	Coriácea	Cheiro	Flor/ Fruto	1,67 m	11°19'39,08"S	Arbusto	Arenoso

					37°36'4,33" W		
Hortelã	Rugosa	Cheiro		35 cm	11°19'35,6" S 37°36'6,87"W	Erva	Arenoso
Cidreira	Áspera	Cheiro	Flor (lilás)	1,70 m	11°19'39,27" S 37°36'4,35"W	Erva	Arenoso
Capim Santo	Lisa	Cheiro		38cm	11°19'39,21" S 37°36'4,45" W	Herbácea	Arenoso
Amoreira	Cartácea		Fruto	6 m	11°19'39,96"S 37°36'5,65" W	Arbórea	Arenoso
Cuaça	Lisa			2,48 m	10°19'19,3"S 37°36'14,68"W	Arbórea	Arenoso
Abacateiro	Lisa			10m	11°19'27,41"S 37°35'58,55"W	Arbórea	Arenoso
Sete dor	Aveludada	Odor	Flor (roxa)	2m	11°19'27,34"S 37°36'4,32"W	Erva	Arenoso
Hibisco	Lisa		Flor (vermelha)	2, 20 m	11°19'26,34" S 37°35'59,27"W	Arbusto	Arenoso

Jurubeba	Parte abaxial aveludada		Flor (lilás) / Fruto/ Acúleo	1,79 m	11°19'41,7"S 37°35'55,84"W	Erva	Arenoso
Flor da laranjeira	Lisa	Cheiro	Fruto/ Flor (branca)	1,98 m	11°19'41,13"S 37°35'55,84"W	Arbórea	Arenoso
Limão	Lisa	Cheiro	Flor /Fruto/Cheiro/Acúleo	3 m	11°19'27,6"S 37°35'49,76" W	Arbórea	Arenoso
Mastruz	Lisa	Cheiro	Inflorescência	59 cm	11°19'27,6"S 37°35'58,88" S	Erva	Arenoso
Malva branca	Aveludada		Flor (laranja)	50 cm	11°19'35,37"S 37°35'50"W	Erva	Arenoso
Canudinho	Rugosa		Flor/ Fruto	1,88 m	11°19'41,35"S 37°35'50,17"W	Erva	Arenoso
Romã	Coriácea		Flor/ Fruto	3 m	11°19'47,8"S 37°36'12,84"W	Arbusto	Arenoso
Aroeira	Lisa	Cheiro	Fruto/ Flor	3,31 m	11°19'25,94"S 37°35'57,59"W	Árvore	Arenoso
Couve branca	Membranosa	Cheiro		26 cm	11°19'37,7"S 37°35'57,59"W	Herbácea	Arenoso

Mangueira	Lisa	Cheiro/ Resina	Flor (inflorescência) /Fruto	20 m	11°19'38,17"S 37°36'4,32"W	Arbórea	Arenoso
Vique	Lisa		Flor (inflorescência)	26 cm	11°19'39"S 37°36'4,5"W	Erva	Arenoso
Boldo	Pilosa	Cheiro		37cm	11°19'30,95" S 37°36'8,48" W	Erva	Arenoso
Losna	Lisa	Cheiro		5 cm	11°19'40,14" S 37°36'5,75" W	Erva	Arenoso
Rosa Vermelha	Lisa	Cheiro/Acúleo	Flor (vermelha)	1,65 m	11°29'35,94"S 37°36'3,78" W	Arbusto	Arenoso
OBS: os retângulos em cinza referem-se a ausência dos aspectos pesquisados.							

Fonte: Trabalho de campo, 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE
NÍVEL MESTRADO



RELAÇÃO DO MATERIAL BOTÂNICO COLETADO

DATA: 26/08/2017

COLETORES: Fabrício Nicácio Ferreira / Roqueline Lins Santos

LOCAL: Progresso – Arauá /SE

NOME POPULAR	TEXTURA PLANTA	CHEIRO/ODOR/ RESINAS	PRESENÇA DE FLOR/FRUTO	ALTURA	LOCALIZAÇÃO	TIPOLOGIA VEGETAL	TEXTURA DO SOLO
Espinheira Santa	Lisa / acúleos na extremidade da folha	Cheiro	Flor (amarela)	80 cm	11°17'40,16"S 37°34'48,4" W	Erva	Arenoso
Elevante	Lisa		Flor (amarela)	2 m	11°17'40,13" S 37°34'47,91" W	Arbusto	Arenoso
Folha da Costa	Suculenta			34 cm	11°17'40,37" S 37°34'48,22" W	Erva	Arenoso
Espinho cheiroso	Lisa	Cheiro	Inflorescência (branca)	1,90 m	11°17'40,38"S 37°34'40,38" W	Arbusto	Arenoso

Pustemeira	Rugosa		Inflorescência (lilás)	1,63 m	11°17'40,01" S 37°34'48,08" W	Arbusto	Arenoso
Flor de janeiro	Lisa			10 cm	11°19'25,53" 37°36'4,06" W	Herbácea	Arenoso
Tioiô	Lisa	Cheiro	Inflorescência (branca)	1,40m	11°17'40,56" S 37°34'48,3" W	Arbusto	Arenoso
OBS: os retângulos em cinza referem-se a ausência dos aspectos pesquisados.							

Fonte: Trabalho de campo, 2017.

APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUÁ**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assunto: autorização para realização de pesquisa de Mestrado da Universidade Federal de Sergipe

Araújo- SE, 07 de Maio de 2017

CARTA DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Arauá – SE, após ter analisado a proposta de pesquisa intitulada **“Conhecimento e usos de plantas medicinais e suas contribuições para saúde pública do município de Arauá/SE”** do curso de Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de Sergipe, concede Anuência para realização do projeto de pesquisa que será conduzido pelo discente pesquisador Fabrício Nicácio Ferreira, sob orientação da Professora Dr^a. Laura Jane Gomes. Em tempo, informo que a pesquisa não gerará nenhum custo ao município.

Declaro está ciente da natureza, objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Atenciosamente,

PATRÍCIA MORAIS CARVALHO NASCIMENTO

Secretária Municipal de Saúde

Patrícia Moraes C. Nascimento
Secretária Mun. de Saúde
Decreto: 009/2017

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DO MATERIAL BOTÂNICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE
NÍVEL MESTRADO



FICHA DE COLETA DO MATERIAL BOTÂNICO

DATA:

COLETORES:

LOCAL:

NOME POPULAR	TEXTURA PLANTA	CHEIRO/ODOR/ RESINAS	PRESENÇA DE FLOR/FRUTO	ALTURA	LOCALIZAÇÃO	TIPOLOGIA VEGETAL	TEXTURA DO SOLO
Observações:							

APÊNDICE F – CATÁLOGO DE PLANTAS MEDICINAIS DAS COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE ARAUÁ-SE

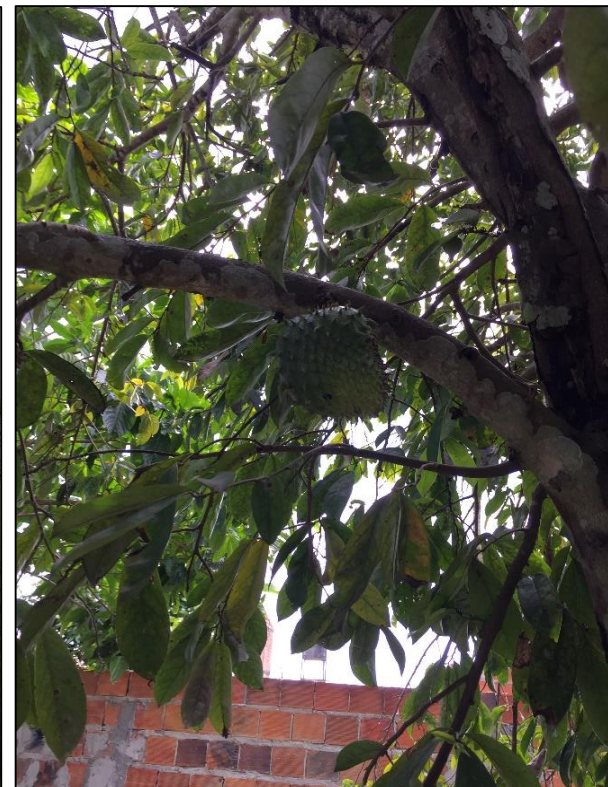
Nome popular: Amoreira
Nome científico: *Morus alba* L.
Uso local: Esteatose hepática, menopausa,



Nome popular: Mastruz
Nome científico: *Dysphania ambrosioides*
Uso local: Verminose e expectorante

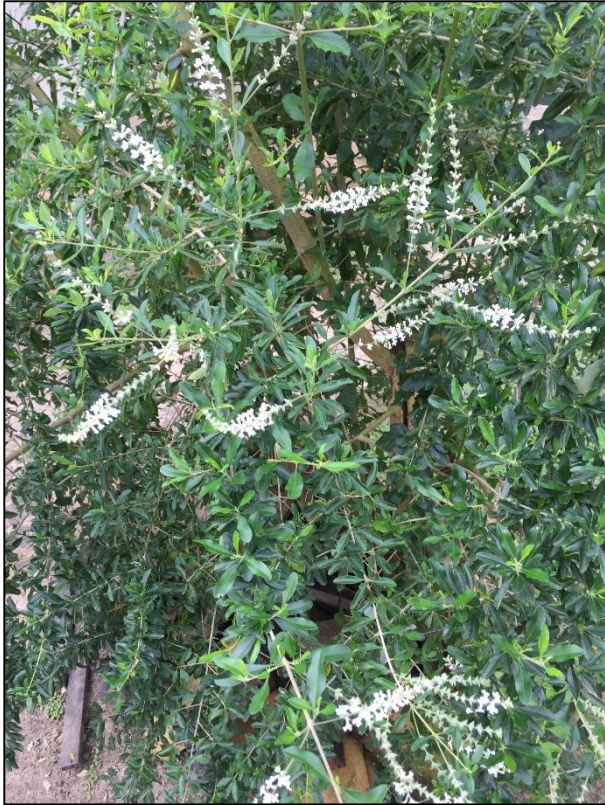


Nome popular: Graviola
Nome científico: *Annona muricata*
Uso local: Diabetes, retenção de líquidos



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

Nome popular: Espinho Cheiroso
Nome científico: *Rosmarinus officinalis* L.
Uso local: Hipertensão e Inflamação



Nome popular: Tioiô
Nome científico: *Ocimum campechianum* Mill.
Uso local: Gripe



Nome popular: Espinheira Santa
Nome científico: *Argemone mexicana* L.
Uso local: Dor abdominal por flatulências



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

Nome popular: Flor de janeiro
Nome científico: *Crinum procerum* Carey.
Uso local: Gripe



Nome popular: Folha da Costa
Nome científico: *Kalanchoe brasilunis* Cambess.
Uso local: Gripe



Nome popular: Elevante
Nome científico: *Alpinia zerumbet* (Pers.)
Uso local: Nervos



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

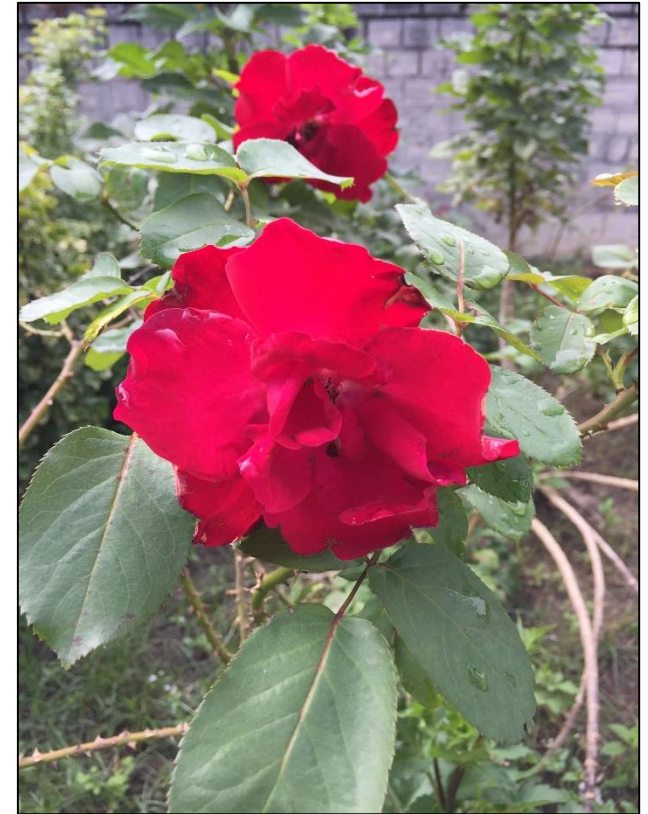
Nome popular: Pega pinto
Nome científico: *Desmodium incanum* (Sw.)
Uso local: Viagra natural



Nome popular: Boldo
Nome científico:
Uso local: Dor abdominal (diarreia)



Nome popular: Rosa vermelha
Nome científico: *Rosa centifolia* L.
Uso local: Inflamação



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

Nome popular: Mertiolate
Nome científico: *Jatropha multifida* L.
Uso local: Lesão de pele



Nome popular: Canudinho
Nome científico: *Hyptis peclinata* L.
Uso local: Inflamação



Nome popular: Couve Branca
Nome científico: *Brassica oleracea* L.
Uso local: Gases intestinal

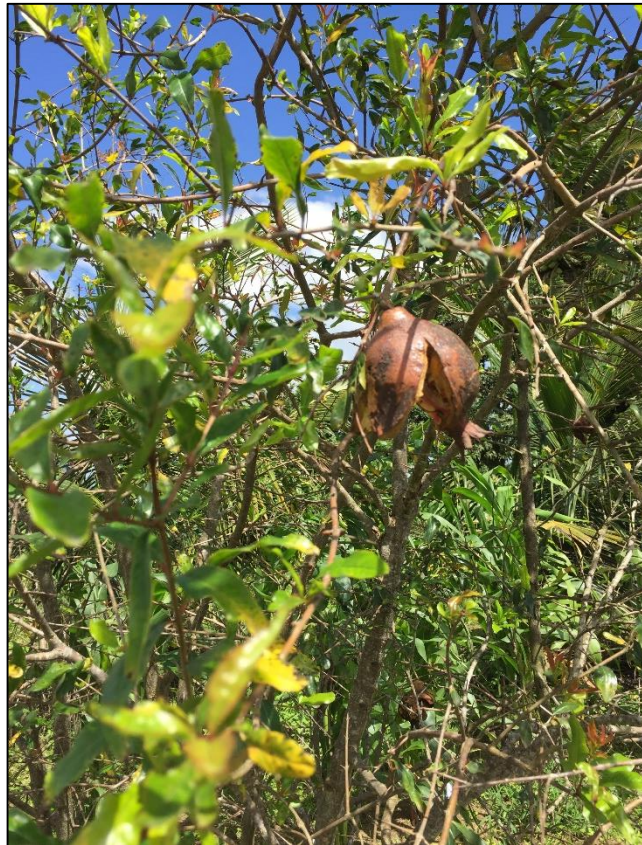


FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

Nome popular: None
Nome científico: *Morinda citrifolia* L.
Uso local: Pressão, diabetes, colesterol e câncer



Nome popular: Romã
Nome científico: *Punica granatum* L.
Uso local: Inflamação de garganta



Nome popular: Crista de Galo
Nome científico: *Heliotropium elongatum* (Lehm.)
Uso local: Gripe e perda de peso



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

Nome popular: Mangueira
Nome científico: *Mangifera indica* L.
Uso local: Menopausa



Nome popular: Canela
Nome científico: *Cryptocarya subcorymbosa*
Uso local: Insônia



Nome popular: Puaça, Cuaça ou Alunan
Nome científico: *Vernonia condensata* Baker.
Uso local: Dor de barriga (diarreia)



FONTE: Trabalho de campo, 2017.

Nome popular: Picão
Nome científico: *Bidens pilosa* L.
Uso local: Viagra natural



Nome popular: Hibisco
Nome científico: *Hibiscus sinensis* L.
Uso local: Constipação, perda de peso



Nome popular: Abacateiro
Nome científico: *Persea americana* Mill.
Uso local: Constipação



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

Nome popular: Erva Cidreira
Nome científico: *Lippia alba* (Mill.)
Uso local: Hipertensão, dor de barriga (diarreia)



Nome popular: Cravo de Defunto
Nome científico: *Tagetes erecta* L.
Uso local: Cefaleia, gripe e pneumonia



Nome popular: Malva Branca
Nome científico: *Sida cordifolia* L.
Uso local: Inflamação



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

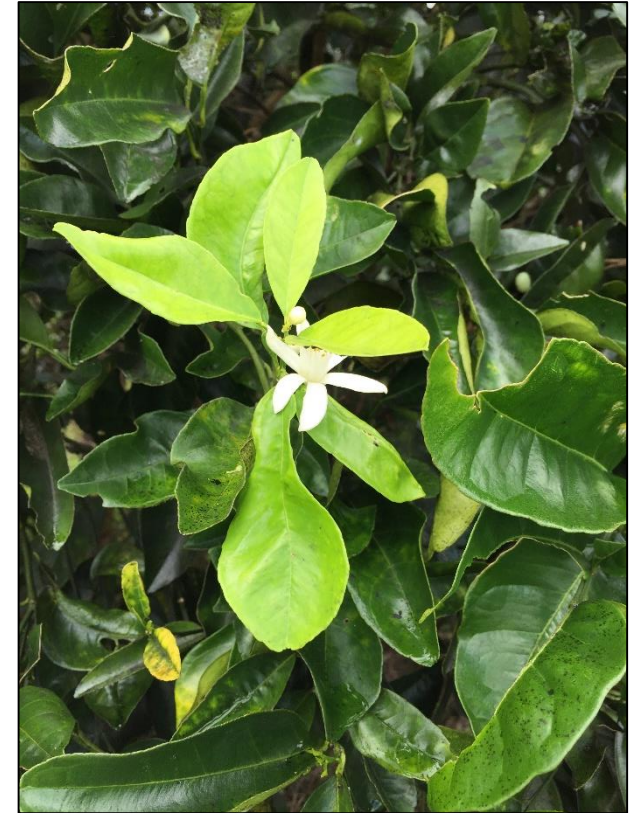
Nome popular: Carqueja
Nome científico: *Stmodia sp.*
Uso local: Infecção



Nome popular: Manjerição
Nome científico: *Ocimum gratissimum L.*
Uso local: Resfriado e gripe



Nome popular: Flor de Laranjeira
Nome científico: *Citrus Aurantium L.*
Uso local: Calmante e gripe



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

Nome popular: Sabugueiro
Nome científico: *Sambucus nigra* L.
Uso local: Tosse e gripe



Nome popular: Pitanga
Nome científico: *Eugenia uniflora* L.
Uso local: Tosse e gripe



Nome popular: Jurubeba
Nome científico: *Solanum paniculatum*
Uso local: Tosse



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

Nome popular: Losna
Nome científico: *Artemisia vulgaris* L.
Uso local: Cólica menstrual e estomacal



Nome popular: Hortelã Miúdo
Nome científico: *Mentha piperita* L.
Uso local: Pirose (azia) e verminose



Nome popular: Arruda
Nome científico: *Ruta graveolens* L.
Uso local: Inflamação e dor de ouvido



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

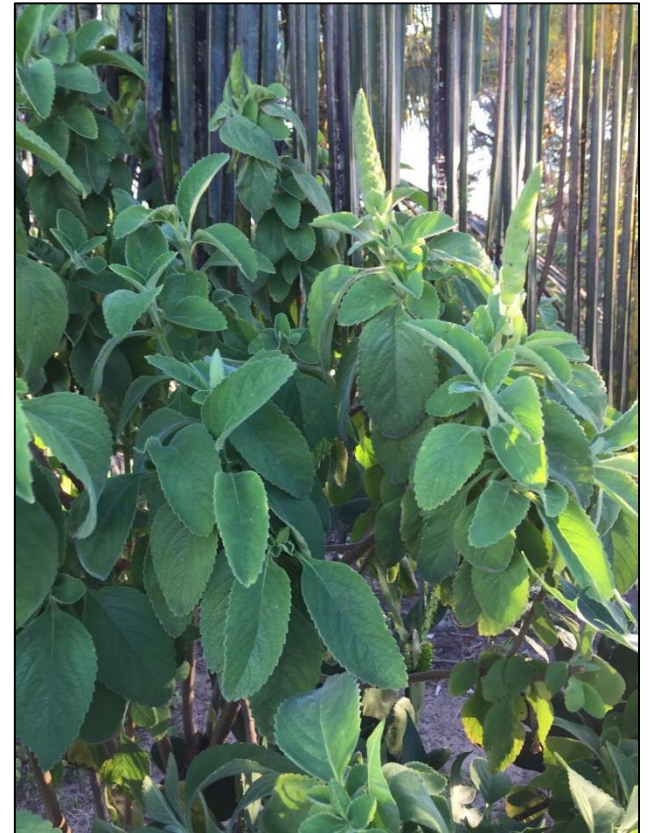
Nome popular: Alfavaca / Hortelã Graúdo
Nome científico: *Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng.
Uso local: Gripe, inflamação e tosse



Nome popular: Capim Santo
Nome científico: *Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf.
Uso local: Nervos, gripe e dor de barriga (diarreia)



Nome popular: Sete Dores
Nome científico: *Plectranthus barbatus* Andr.
Uso local: Dor de barriga (diarreia) e dores em geral



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

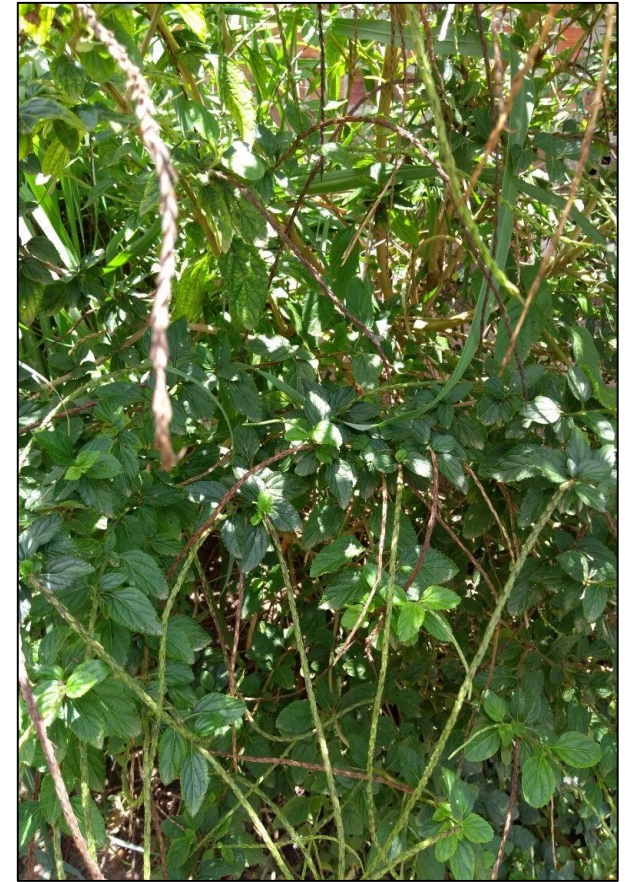
Nome popular: Limoeiro
Nome científico: *Citrus limon L.*
Uso local: Gripe



Nome popular: Vick
Nome científico: *Mentha arvensis L.*
Uso local: Gripe



Nome popular: Pustemeira
Nome científico: *Stachytarpheta cayennensis Rich.*
Uso local: Inflamação



FONTE: Pesquisa de campo, 2017.

ANEXO I

**RELAÇÃO DE PLANTAS COM PROPRIEDADE MEDICINAL REGULAMENTADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA
SANITÁRIA – ANVISA / 2016**

Nomenclatura científica			Nome popular	Parte utilizada	Indicação	Contraindicação	Vias de administração	Efeitos adversos
Família	Sinonímia	Nome						
Ranunculaceae	Cimicifuga racemosa	<i>Actaea racemosa</i> L.	Cimicifuga	Raiz ou rizoma	Alívio dos sintomas do climatério	Pacientes portadoras de insuficiência hepática e gestantes	Oral	Pode causar desconforto gastrointestinal, erupção cutânea, cefaleia e tontura
Sapindaceae	-	<i>Aesculus hippocastanum</i> L.	Castanha-da-índia	Semente	Tratamento da insuficiência venosa e fragilidade capilar	Pessoas com hipersensibilidade a escina ou a extratos de <i>A. hippocastanum</i> e pacientes com insuficiência renal ou hepática	Oral e Tópico	Prurido, náuseas e desconforto gástrico

Amaryllidaceae	-	<i>Allium sativum</i> L.	Alho	Bulbos frescos ou secos	Coadjuvante no tratamento de bronquite crônica, asma, como expectorante, e como preventivo de alterações vasculares. Atua no tratamento de hiperlipidemia, hipertensão arterial leve a moderada, nos sintomas de gripes e resfriados e auxilia na prevenção da aterosclerose	Grávidas, pacientes com gastrite, úlcera gastroduodenal, hipertireoidismo, distúrbios da coagulação ou em tratamento com anticoagulantes.	Oral; pó seco; óleo; extrato fluído; tintura	Ardência na cavidade oral e no trato gastrointestinal, mialgia, fadiga, vertigem, sudorese, bem como reações alérgicas e asma
Xanthorrhoeaceae	-	<i>Aloe vera</i> (L.) Burm.f	Babosa, aloe	Gel incolor mucilaginoso de folhas frescas	Queimaduras de primeiro e segundo graus, e como cicatrizante	Pacientes com hipersensibilidade aos componentes do fitoterápico	Tópico	Dermatite de contato que podem estar associados à presença de constituintes antracênicos, comumente encontrados na parte externa da folha.

Asteraceae	-	<i>Calendula officinalis L.</i>	Calêndula	Flores	Anti-inflamatório, cicatrizante e antisséptico	Pacientes com histórico de hipersensibilidade . Não administrar em gestantes, lactação e crianças	Tópico, infusão, tintura, creme ou pomada, gel	Reações alérgicas e sensibilização da pele. Efeitos espermicida, antifertilizante e uterotônico.
Asteraceae	-	<i>Cynara scolymus L.</i>	Alcachofra	Folhas	Antidispéptico, antiflatulento, diurético. Auxilia na prevenção da aterosclerose.	Pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia. Bem como aqueles que apresentarem casos de obstrução do ducto biliar, gravidez e lactação.	Oral, extrato seco aquoso	Laxante em pessoas sensíveis aos componentes do fitoterápico.
Asteraceae	-	<i>Echinacea purpurea (L.) Moench</i>	Equinácea	Raiz	Preventivo e coadjuvante no tratamento dos sintomas de resfriados	Crianças, grávidas e pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia a qualquer um dos componentes do fitoterápico	Oral, extrato seco, raiz seca pulverizada	Febre e distúrbios gastrointestinais, como náusea, vômito e paladar desagradável logo após a ingestão
Equisetaceae	-	<i>Equisetum arvense L.</i>	Cavalinha	Folhas e partes aéreas	Diurético	Menores de 12 anos, grávidas, lactantes e pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia a qualquer um dos	Oral	Bloqueio atrioventricular transitório, distúrbios gastrointestinais e reações alérgicas

						componentes do fitoterápico		
Ginkgoaceae	-	<i>Ginkgo biloba</i> L.	Ginkgo	Folhas	Vertigem e zumbidos, câimbras	Menores de 12 anos, grávidas e a lactantes e pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia a qualquer um dos componentes do fitoterápico	Oral, extrato seco e extrato fluido	Distúrbios gastrointestinais, cefaleia e reações alérgicas cutâneas (hiperemia, edema e prurido)
Leguminosae	-	<i>Glycine max</i> (L.) Merr	Soja	Sementes	Coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério	Menores de 12 anos. Pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia	Oral	Constipação, flatulência e náusea
Pedaliaceae	-	<i>Harpagophytum procumbens</i> dc. e <i>Harpagophytum zeyheri</i> ihlenf. & H. Hartmann	Garra-do-diabo	Raízes secundárias	Alívio de dores articulares moderadas e lombalgia aguda	Pacientes com cálculos biliares e menores de 18 anos, lactantes, grávidas e pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia	Oral, extrato seco	Diarreia, náusea, vômito, dor abdominal, cefaleia, tontura e reações alérgicas cutânea
Hypericaceae	-	<i>Hypericum perforatum</i> L.	Erva-de-são-joão, hipérico	Planta inteira com parte aérea florida	Tratamento depressivos leves a moderados	Pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia, bem como crianças abaixo de 6 anos	Oral, extrato seco e tintura	Reações fotossensibilizantes: irritações gastrointestinais, reações alérgicas, fadiga e agitação

Verbenaceae	-	<i>Lippia sidoides Cham</i>	Alecrim-pimenta, alecrim-bravo	Folhas e flores	Anti-inflamatório, antisséptico da cavidade oral, afecções da pele e couro cabeludo. Antisséptico tópico, antimicótico e escabificada	A infusão não deve ser usada em inalações devido à ação irritante dos componentes voláteis. Não usar a tintura em gestantes, em lactantes, crianças menores de dois anos, alcoolistas e diabéticos	Uso externo, sabonete líquido, tintura, gel e infusão	Sensação de ardor na boca e alterações no paladar.
Asteraceae	-	<i>Matricaria chamomilla L.</i>	Camomila, matricária, maçanilha	Inflorescências	Antiespasmódico, ansiolítico e sedativo leve. Antiinflamatório em afecções da cavidade oral	A gestantes devido à atividade emenagoga e relaxante da musculatura lisa. Pacientes com hipersensibilidade ou alergia a plantas da família Asteraceae	Oral, uso externo: tópico e infusão	Dermatite de contato e alergia.
Celastraceae	-	<i>Maytenus ilicifolia Mart.ex reissek e Maytenus aquifolia Mart.</i>	Espinheira-santa	Folhas	Antidispéptico, antiácido e protetor da mucosa gástrica	Gravidez, lactação e em crianças menores de seis anos	Oral e infusão	Mal estar indefinido, boca seca, gosto estranho na boca, náusea, tremor nas mãos e poliúria
Passifloraceae Juss	-	<i>Passiflora incarnata L.</i>	Maracujá, flor da paixão, maracujá doce	Folhas	Ansiolítico e sedativo leve	Gravidez. Não utilizar em casos de tratamento com sedativos e		Asma ocupacional mediada por IgE, rinite e

						depressores do sistema nervoso		sonolência excessiva
Sapindaceae	-	<i>Paullinia cupana Kunth</i>	Guaraná	Sementes	Astenia e como psicoestimulante	Pacientes com distúrbios cardiovasculares, hipertensão arterial, arritmia cardíaca, gastrite, úlcera péptica, úlcera duodenal, cólon irritável, afecções renais, hipertireoidismo, cirrose hepática e predisposição à espasmos musculares	Oral	Pode causar aumento da frequência cardíaca e arritmias
Monimiaceae	-	<i>Peumus boldus Molina</i>	Boldo-do-Chile, boldo-verdadeiro	Folhas	Indicado como colagogo, colerético e nas dispepsias funcionais	Menores de 6 anos se pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia	Oral e extrato seco	Doses acima das recomendadas causam irritação nas vias urinárias, vômitos e diarreia

Piperaceae	-	<i>Piper methysticum</i> G. Forst	Kava-kava	Rizoma	Tratamento sintomático de estágios leves a moderados de ansiedade e insônia	Gravidez e lactação, e em pacientes com depressão endógena ou afecções hepáticas	Oral	Reações alérgicas, de queixas gastrointestinais, de cefaleia ou tonturas, e de outros problemas indefinidos
Myrtaceae	-	<i>Psidium guajava</i> L.	Goiabeira	Ramos novos, com folhas jovens	Diarreia aguda não infecciosa e enterite por rotavírus	Hipersensibilidade e ou alergia à droga vegetal	Oral	Alergia aos componentes do fitoterápico
Rhamnaceae	-	<i>Rhamnus purshiana</i> dc.	Cascara sagrada	Cascas secas	Constipação intestinal ocasional	Pacientes com obstrução intestinal e estenose, atonia, doenças inflamatórias do cólon (colite ulcerosa, síndrome do intestino irritável, doença de Crohn), apendicite, desidratação grave e depleção de eletrólitos ou constipação intestinal crônica	Oral	Cãimbras, e desconforto do trato gastrointestinal, o que podem necessitar de redução da dosagem

Leguminosae	<i>Cassia acutifolia</i> Delile; <i>Cassia alexandrina</i> (Garsault) Thell.; <i>Cassia angustifolia</i> Vahl; <i>Cassia senna</i> L.; <i>Senna acutifolia</i> (Delile) Batka; <i>Senna alexandrina</i> Garsault; <i>Senna angustifolia</i> (Vahl) Batka	<i>Senna alexandrina</i> Mill	Sene, sena	Folhas e frutos	Constipação intestinal ocasional	Menores de 12 anos, grávidas e lactantes e pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia	Oral	Desconforto no trato gastrointestinal, com presença de espasmos e cólicas abdominais. Nestes casos diminuir a dose
-------------	--	-------------------------------	------------	-----------------	----------------------------------	--	------	--

Arecaceae	-	<i>Serenoa repens</i> (W. Bartram) <i>Small</i>	Saw-palmetto	Frutos	Hiperplasia prostática benigna (HPB).	Crianças, grávidas, lactantes e pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia a qualquer uma das substâncias ativas da espécie vegetal	Oral	Náuseas, dor abdominal, distúrbios gástricos, constipação intestinal e diarreia.
Leguminosae	-	<i>Stryphnodendro n adstringens</i> (Mart.) coville	Barbatimão	Cascas	Cicatrizante	Situações em que há necessidade da exsudação por meio de drenos ou de forma espontânea	Uso externo: creme e pomada	Reação alérgica em pessoas com histórico de alergias a outras espécies vegetais
Leguminosae	-	<i>Trifolium pratense L.</i>	Trevo- vermelho	Inflorescênci as secas	Alívio dos sintomas da menopausa (principalmen te fogachos), mastalgia e síndrome pré- menstrual	Casos de hipersensibilidade ou alergia a droga vegetal ou a espécie in natura.	Oral, extrato bruto	Infertilidade, lactação anormal, distócia e prolapso uterino, foram hipoteticamente atribuídos aos efeitos estrogênicos de isoflavonas

Rubiaceae	-	<i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. dc.)	Unha-de-gato, espera-aí, junpindá	Cascas	Anti-inflamatório	Grávidas e lactentes	Oral, extrato fluido	Aumentando o risco de hemorragias
Caprifoliaceae	-	<i>Valeriana officinalis</i> L.	Valeriana	Raízes	Sedativo moderado, hipnótico e no tratamento de distúrbios do sono associados à ansiedade	Menores de 12 anos, grávidas, lactantes e pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia	Oral, droga vegetal, extrato aquoso, tinturas, alcoolatura, extrato seco	Tontura, desconforto gastrointestinal, alergias de contato, cefaleia e midríase
Zingiberaceae	-	<i>Zingiber officinale</i> roscoe	Gengibre	Rizomas	Antiemético, antidiarréico, e nos casos de cinetose	Contraindicado para pessoas com cálculos biliares, irritação gástrica e hipertensão arterial. Não é indicado para crianças	Oral, tintura, dispepsia	Dermatite de contato tem sido relatada em pacientes sensíveis

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2016.

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DO MATERIAL BOTÂNICO – SISBIO, 2017



Ministério do Meio Ambiente - MMA
Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade - ICMBio
Sistema de Autorização e Informação em Biodiversidade - SISBIO

Comprovante de registro para coleta de material botânico, fúngico e microbiológico

Número: 59261-1	Data da Emissão: 15/06/2017 21:05
Dados do titular	
Nome: FABRICIO NICACIO FERREIRA	CPF: 032.542.945-64

Observações e ressalvas

1	As atividades de campo exercidas por pessoa natural ou jurídica estrangeira, em todo o território nacional, que impliquem o deslocamento de recursos humanos e materiais, tendo por objeto coletar dados, materiais, espécimes biológicos e minerais, peças integrantes da cultura nativa e cultura popular, presente e passada, obtidos por meio de recursos e técnicas que se destinem ao estudo, à difusão ou à pesquisa, estão sujeitas a autorização do Ministério de Ciência e Tecnologia.
2	A autorização não eximirá o pesquisador da necessidade de obter outras anuências, como: I) do proprietário, arrendatário, posseiro ou morador quando as atividades forem realizadas em área de domínio privado ou dentro dos limites de unidade de conservação federal cujo processo de regularização fundiária encontra-se em curso; II) da comunidade indígena envolvida, ouvido o órgão indigenista oficial, quando as atividades de pesquisa forem executadas em terra indígena; III) do Conselho de Defesa Nacional, quando as atividades de pesquisa forem executadas em área indispensável à segurança nacional; IV) da autoridade marítima, quando as atividades de pesquisa forem executadas em águas jurisdicionais brasileiras; V) do Departamento Nacional da Produção Mineral, quando a pesquisa visar a exploração de depósitos fossilíferos ou a extração de espécimes fósseis; VI) do órgão gestor da unidade de conservação estadual, distrital ou municipal, dentre outras.
3	O material biológico coletado deverá ser utilizado para atividades científicas ou didáticas no âmbito do ensino superior.
4	É necessário a obtenção de anuências previstas em outros instrumentos legais, bem como de consentimento do responsável pela área, pública ou privada, onde será realizada a atividade.
5	Este documento não abrange a coleta de vegetais hidróbios, tendo em vista que o Decreto-Lei nº 221/1967 e o Art. 36 da Lei nº 9.605/1998 estabelecem a necessidade de obtenção de autorização para coleta de vegetais hidróbios para fins científicos.
6	Este documento não é válido para: a) coleta ou transporte de espécies que constem nas listas oficiais de espécies ameaçadas de extinção; b) recebimento ou envio de material biológico ao exterior; e c) realização de pesquisa em unidade de conservação federal ou em caverna.
7	Este documento não dispensa o cumprimento da legislação que dispõe sobre acesso a componente do patrimônio genético existente no território nacional, na plataforma continental e na zona econômica exclusiva, ou ao conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético, para fins de pesquisa científica, bioprospecção e desenvolvimento tecnológico. Veja maiores informações em www.mma.gov.br/cgen .
8	Esse documento não eximirá o pesquisador da necessidade de obter outras anuências, como: I) da comunidade indígena envolvida, ouvido o órgão indigenista oficial, quando as atividades de pesquisa forem executadas em terra indígena; II) do Conselho de Defesa Nacional, quando as atividades de pesquisa forem executadas em área indispensável à segurança nacional; III) da autoridade marítima, quando as atividades de pesquisa forem executadas em águas jurisdicionais brasileiras; IV) do Departamento Nacional da Produção Mineral, quando a pesquisa visar a exploração de depósitos fossilíferos ou a extração de espécimes fósseis; V) do órgão gestor da unidade de conservação estadual, distrital ou municipal, dentre outras.

Este documento (Comprovante de registro para coleta de material botânico, fúngico e microbiológico) foi expedido com base na Instrução Normativa nº 03/2014. Através do código de autenticação abaixo, qualquer cidadão poderá verificar a autenticidade ou regularidade deste documento, por meio da página do Sisbio/ICMBio na Internet (www.icmbio.gov.br/sisbio).

Código de autenticação: 22828251



Página 1/1

ANEXO III PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE - UFS, 2017

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento e uso de plantas medicinais e suas contribuições para saúde pública do município de Arauá-SE

Pesquisador: FABRÍCIO NICÁCIO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69372817.0.0000.5546

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.164.593

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que irá avaliar a utilização de fármacos naturais em residentes nas comunidades rurais Colônia Sucupira, Progresso, Poços e Sapé município de Arauá-SE. Como critério de escolha destas comunidades foram observadas características similares em relação as questões socioambientais, formarem uma mesma área adstrita de saúde e utilizar de produtos da natureza para fins medicinal. Aqueles que se dispuserem a responder a um formulário de entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas e fechadas sobre o assunto pesquisado. Além dessas informações obtidas, a parte botânica das espécies de plantas também serão observadas sendo que para isso o pesquisador utilizou de tecnologias para fotografar as plantas medicinais indicadas pelos entrevistados que em companhia com um dos fármacos – natural após realizar esta atividade poderá coletar as amostras necessárias para exsiccatas que foram identificadas cientificamente conforme dados da coleção de espécies de plantas do herbário da Universidade Federal de Sergipe. Cabe salientar que serão depositadas as espécies de plantas que ainda não fazem parte do acervo e descartadas as outras já que não possuem espaço suficiente para arquivar espécies já identificadas. As análises e triangulação dos dados obtidos serão por meio das técnicas de ranqueamento para observar as principais espécies de plantas utilizadas pelos detentores do conhecimento empírico.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Telefone: (79)2105-1805

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.164.593

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as ações sobre a melhoria da saúde pública no município de Arauá/SE relacionadas ao saber popular sobre o uso de plantas medicinais com propriedades terapêuticas.

Objetivo Secundário:

1) descrever o conhecimento dos "fármacos-natural" das comunidades rurais sobre as plantas utilizadas para o tratamento de doenças; 2) elencar as espécies vegetais existentes nas comunidades rurais do município de Arauá/SE, sua forma de preparo, uso e meio de cultivo e confrontá-las com os já estabelecidos na literatura, observando os pilares da eficácia, eficiência e segurança 3) identificar a existência de aplicação do uso das plantas medicinais no sistema de saúde pública local frente a relação de saberes entre fármacos-natural e profissionais de saúde; 4) analisar, sob a ótica dos atores envolvidos, os benefícios e desafios quanto ao diálogo entre os saberes popular e científico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco será de constrangimento, já que que existem as perguntas estão no roteiro de entrevista que trata sobre o conhecimento e uso de plantas medicinais, porém os pesquisadores se comprometeram em respeitar o momento e minimizar esse risco.

O benefício será o de valorização do conhecimento empírico e o saber popular sobre plantas medicinais utilizadas nas comunidades rurais como meio terapêutico em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância científica e principalmente social. Não há riscos potencialmente graves de infração bioética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

**UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 2.164.593

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_922274.pdf	06/06/2017 17:17:54		Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0004.pdf	27/05/2017 13:56:19	FABRÍCIO NICÁCIO FERREIRA	Aceito
Orçamento	Pesquisa_Orçamento.docx	24/05/2017 17:52:17	FABRÍCIO NICÁCIO FERREIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_pesquisa.docx	24/05/2017 17:51:55	FABRÍCIO NICÁCIO FERREIRA	Aceito
Outros	digitalizar0002.pdf	24/05/2017 17:48:47	FABRÍCIO NICÁCIO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pesquisa.docx	24/05/2017 17:45:42	FABRÍCIO NICÁCIO FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisamestrado.docx	24/05/2017 17:44:30	FABRÍCIO NICÁCIO FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 10 de Julho de 2017

**Assinado por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador)**

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br